



This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

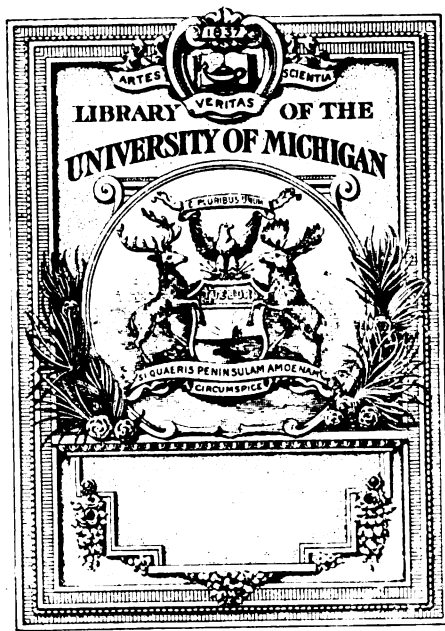
- + *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
- + *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
- + *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
- + *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at <http://books.google.com/>



B 3 9015 00212 514 7
University of Michigan - BUHR





610.5
S678
A53

BULLETINS
DE LA
SOCIÉTÉ ANATOMIQUE
DE PARIS

BULLETINS

DE LA

74390

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

DE PARIS

ANATOMIE NORMALE, ANATOMIE PATHOLOGIQUE,
CLINIQUE.

LII^e ANNÉE (1877)

4^e SÉRIE. — TOME II

RÉDIGÉS PAR

MM. MOUTARD-MARTIN & PITRES

SECRÉTAIRES.

PARIS

V^o ADRIEN DELAHAYE et C^{ie}, LIBRAIRES-ÉDITEURS

PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1877

LISTE

DES

MEMBRES DE LA SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

ANNÉE 1877.

Bureau.

Président.....	MM. CHARCOT.
Vice-Présidents.....	{ HAYEM.
	{ HOUEL.
Secrétaires.....	{ MOUTARD-MARTIN. R.
	{ PITRES.
Trésorier.....	Ch. PETIT.
Archiviste.....	LANDOUZY.
Membres titulaires du Comité.	{ HOMOLLE.
	{ MALASSEZ.
	{ RENDU.
	{ CUFFER.
— adjoints.....	{ HUTINEL.
	{ RAYMOND.

Membres Honoraires.

MM.	MM.
ANGER (Th.), 1874.	BRIERRE DE BOISMONT.
BARTH, 1867.	BROCA.
BARTHEZ (E).	BROUARDEL, 1869.
BESNIER (Etn.), 1866.	BUCQUOY, 1860.
BESNIER (J.), 1874.	CARRIÈRE, 1874.
BLACHE (R.), 1873.	CASTELNAU (H. de).
BLACHEZ, 1866.	CAUDMONT, 1853.
BOUCHARD (Ch.), 1869.	CHANTREUIL, 1874.
BOUCHEREAU, 1874.	CHARCOT, 1873.
BOURNEVILLE, 1874.	CHARPENTIER, 1872.
BOUTELLIER.	CHASSAIGNAC.

MM.

CORNIL (V.), 1871.
 CRUVEILHIER (Ed.), 1869.
 DEBOVE, 1876.
 DENUCÉ.
 DESORMEAUX, 1868.
 DESPRÉS (Ar.), 1869.
 DURAND-FARDEL.
 DUGUET, 1873.
 FERNET, 1874.
 FIAUX.
 FONTAN, 1868.
 GÉRIN-ROZE, 1867.
 GINGEOT, 1874.
 GOUBAUX.
 GOURAUD (X.), 1872.
 GUÉNIOT, 1873.
 GUYOT, 1867.
 HALLÉ, 1872.
 HALLOPEAU, 1876.
 HARDY (A.).
 HAYEM, 1874.
 HÉNOCQUE, 1874.
 HÉRARD.
 HOUEL, 1852.
 LABBÉ (Léon), 1871.
 LABORDE (J.-V.), 1873.
 LAMBRON.
 LANCEREAUX, 1873.
 LANNELONGUE, 1873.
 LE DENTU, 1874.
 LENHOSSEK, professeur à Pesth,
 février 1876.
 LEGROUX, 1874.
 LEUDET.

MM.

LILOUVILLE, 1875.
 LUNIER, 1854.
 MAGNAN, 1874.
 MALASSEZ, 1876.
 MARTINEAU, 1867.
 MERCIER.
 MEURIOT, 1873.
 MILLARD, 1866.
 MOISSENET.
 MONOD (Ch.), 1876.
 MOREAU, 1872.
 NICAISE, 1872.
 OLLIVIER (A.), 1874.
 PARROT, 1873.
 PAUL (C.), 1866.
 PÉRIER, 1872.
 PIOGEY, 1856.
 POTAIN.
 POUMET, 1872.
 PROUST (Ad.), 1865.
 RANVIER, 1873.
 RICORD.
 ROGER (H.) 1840.
 ROKITANSKI.
 SEVESTRE, 1876.
 SINETY (de), 1876.
 SCHWEICH, 1874.
 TARDIEU.
 TERRILLON, 1876.
 TRÉLAT (U.), 1864.
 VERNEUIL.
 VIDAL.
 VOISIN (A.), 1871.
 VULPIAN, 1873.

Membres titulaires.

MM.

BOUVILLY, 1874.
 BUDIN, 1875.

MM.

CARTAZ, 1875.
 CAZALIS, (J.).

MM.

CHOUPE.
 COYNE, 1874.
 DANLOS, 1875.
 DUCASTEL, 1873.
 GOUGUENHEIM.
 HANOT, 1875.
 HOMOLLE (G.), 1875.
 JOFFROY, 1873.
 LABARRAQUE (E.), 1875.
 LÉPINE, 1873.
 LONGUET, 1876.

MM.

MARCANO, 1874.
 MOUTARD-MARTIN (R.), 1876.
 NEPVEU, 1875.
 PITRES, 1876.
 ORY, 1875.
 RENDU, 1874.
 RICHELLOT, 1874.
 ROBIN (A.), 1876.
 SANNÉ, 1872.
 TROISIER, 1875.
 TURNER 1875.

Membres adjoints.

MM.

ANDRAL, 1875.
 BALZER, novembre 1876.
 BARIÉ, juillet 1875.
 BERGER (P.), 1870.
 BERGERON, 1873.
 BOTTENTUIT, 1869.
 BOURCERET, juillet 1875.
 BOURDON (E.), 1871.
 CADIAT, 1873.
 CAMPENON, 1872.
 CHENET, juillet 1875.
 CHEVALET, 1873.
 CUFFER, 1874.
 DAMASCHINO, 1864.
 DEFFAUX, 1874.
 DREYFUS, novembre, 1876.
 DUPUY (L. E.), 1872.
 DURET, 1874.
 DUSAUSSAY, juillet, 1876.
 FÉRÉ, juillet 1876.
 GRANCHER, 1872.
 GRAUX, décembre 1875.
 GUYARD, avril 1875.
 HEIDENREICH, décembre 1875.
 HIRTZ, décembre 1875.

MM.

HORTELOUP, 1862.
 HUBERT, 1873.
 HUTINEL, novembre 1875.
 JEAN, novembre 1876.
 LABADIE-LAGRAVE, 1870.
 LACOMBE, 1873.
 LANDOUZY (L.), 1871.
 LAUGIER (M.), 1871.
 LEBLOND, juillet 1876.
 LEGER, avril 1876.
 LOLLLOT, 1868.
 LOREY, 1874.
 LUCAS-CHAMPIONNIÈRE (J.).
 LUCAS-CHAMPIONNIÈRE (P.), 1875.
 MAGNANT, décembre 1876.
 MARCHAND, 1874.
 MARCHANT (G.), décembre 1876.
 MAROT, novembre 1876.
 MARTINET, juillet 1875.
 MONOD, décembre 1876.
 OULMONT (P.), 1875.
 PETIT (Henri-Ch.), juillet 1875.
 PEYROT, 1873.
 PINARD, 1874.
 PLANCHON, 1869.

MM.

PLANTEAU, décembre 1875.
 PORACK, juillet 1876.
 POZZI (S.), 1872.
 QUINQUAUD, 1871.
 RATHERY, 1870.
 RAYMOND (F.), 1874.
 RECLUS (P.), 1873.
 REMY (Alb.), février 1875.

MM.

REMY (Ch.), décembre 1875.
 RENAULT (Alex.), 1873.
 RENAUT (J.), 1872.
 ROSAPELLY (L.), 1873.
 THORENS, 1871.
 VEYSSIÈRE, 1873.
 VOISIN (J.), 1874.
 ZIEMBICKI, février 1875.

Membres correspondants.

MM.

ALFEROW, 1874, Charkhoff
 (Russie).
 AUBRÉE, Rennes.
 AUGER, Bolbec, Seine-Inf., 1876.
 BALL, Paris.
 BARÉTY, 1874, Nice.
 BEAUVAIS (de), Paris.
 BERCIoux, Bourges.
 BIDARD, Paris.
 BINET (Suisse).
 BLAIN, Bernay.
 BLANQUINQUE, 1870, Laon.
 BLUM, Paris.
 BOCHEFONTAINE, 1874, Paris.
 BOÉCHAT, Fribourg.
 BOISSIER, 1876.
 BONNET, Valence (Drôme).
 BOUCHER, Corbeil.
 BOUCHUT, Paris.
 BOUSSEAU, Cholet (M. et-L.).
 BRUTÉ, Rennes.
 CADET DE GASSICOURT, Paris.
 CAMPBELL, Paris.
 CARESME, Paris.
 CARION (Charleville).
 CARPENTIER-MERICOURT, Paris,
 1875.
 CARVILLE (Menton).

MM.

CAUCHOIS, Rouen.
 CAZIN (1869), Boulogne-sur Mer.
 CHALLAND, Lausanne.
 CHEDEVERGNE, Poitiers.
 CHÉNIEUX, Limoges.
 COLIN, Alfort.
 CORNILLON, Vichy.
 COULON, Eterpigny (Pas-de-C.)
 COUSTON, à Daras, 3 mars 1876
 (Lot-et-Garonne).
 COUTY, 1876, Paris.
 CURTIS, Boston (U.-S.).
 CUSCO, Paris.
 DECÈS (A.), Reims.
 DECORNIÈRE, Lisieux.
 DEFOIX, 1874, Buenos-Ayres.
 DELBARRE, Cambrai.
 DELPECH, Paris.
 DEMANGE, 1874, Nancy.
 DENY (G.), 1876.
 DÉPÉRET-MURET, Limoges.
 DEROME, 1874, Dijon.
 DESRUELLES, Paris.
 DEVOUGES, Corbeil.
 D'HEILLY, Paris.
 DIANOUX, 1875, Nantes.
 DIDAY, Lyon.
 DIEULAFOY, Paris.

MM.

DODEUIL, Ham.
 DOLBEAU, Paris.
 DRANSART, Somain (Nord).
 DUBOIS, Abbeville.
 DUBRUEIL, Montpellier.
 DUBUC, Paris.
 DUMONT-PALLIER, Paris.
 DUPERTUIS, Champigny (S.).
 DUPLAY (S.), Paris.
 DURAND, St-Martin-d'Auxigny (Cher).
 EXCHAQUET, Rolle (canton de Vaud), Suisse.
 D'ESPINÉ, Genève.
 FARABEUF, Paris.
 FAURE, Riom.
 FERRAND, Paris.
 FIOUPPE, 1876, Marseille.
 FLEUROT, Dijon.
 FOUCAULT, Fontainebleau.
 FOURESTIÉ, 1876, Paris.
 FOURNAISE, 1876, Paris.
 FOURNIER, Paris.
 FRÉMY, fils, Paris.
 GADAUD, Périgueux.
 GAUDRON, 1876, Besançon.
 GELLÉ, Paris.
 GIRARD, Grenoble.
 GRIPAT, Angers.
 GUBLER, Paris.
 GUILLAUMET, 1874, Paris.
 GUYON, Paris.
 HABRAN, Reims.
 HALLEZ, Lille.
 HENROT, Reims.
 HAMY, Paris.
 HERPIN, Tours.
 HERPIN (O.), 1876, Tours.
 HERVEY, Troyes.
 HILLAIRET, Paris.
 HUCHARD, Paris.

MM.

HUGONNEAU, 1876.
 ISZENARD, 1876, Saint-Denis.
 KELSCH, 1874, Philippeville, Algérie.
 KOMOROWSKI, 76, Mondou-bleau (Loir-et-Cher).
 LABOULBÈNE, Paris.
 LACROUZILLE, Périgueux.
 LADMIRAL (Pascal), 3 mars 1876.
 LADREIT DE LA CHARRIÈRE Paris.
 LAFONT, Bayonne.
 P. de LAFOULHOUZE, 1876.
 LAGRANGE, 1874, Châl.-s.-Saône.
 LAILLER, Paris.
 LALLEMENT, Nancy.
 LAMARRE, St-Germain-en-Laye.
 LANGLET, Reims.
 LE BAIL, le Mans.
 LEBRETON, 1874, Paris.
 LEDIBERDER, Lorient.
 LEDRU, Clermont-Ferrand.
 LE FORT (L.), Paris.
 LÉGÉE, 1868, Abbeville (Som.).
 LEMAISTRE, Limoges.
 LEROY DES BARRES, St-Denis.
 LEROY D'ETIOLLE, Paris.
 LESOUÉF, Criqueot - Souville (Seine-Inférieure).
 LEVEN, Paris.
 LEVIEUX, Bordeaux.
 LUBIMOFF, 1874, Moscou.
 LUTON, Reims.
 LUYS, Paris.
 MAINGAULT, Paris.
 MALHERBE, père, Nantes.
 MALHERBE (Albert), Nantes.
 MARCÉ, 1874, Nantes.
 MARJOLIN, Paris.
 MARTIN (Nevers).
 MARTIN E. (Genève).

MM.

MASSOT, à Perpignan.
 MIERZEJEWSKI, à St-Petersbourg
 MAUNOIR, 1876, Le Caire.
 MOCQUOT.
 MOLLOY, PARIS.
 MONA-MAIA (Rio-Janeiro), 11 février 1876.
 MONOD (L.) Paris.
 MOUTON, 1874, Cutz (Oise).
 MOYNIER, Paris.
 NÉGRIÉ, Bordeaux.
 NIVERT, Tours.
 OLIVIER, Rouen.
 OULMONT, Paris.
 PAINETVIN, Fresnoy-le-Grand (Aisne).
 PANAS, Paris.
 PAQUET, Paris.
 PARIS, Angoulême.
 PARISE, Lille.
 PASTURAUD, Etampes.
 PÉAN, Paris.
 PELTIER, Sedan.
 PELVET, Vire (Calvados).
 PERRIN, Paris.
 PEULEVÉ, Amiens.
 PEYRAUD, Libourne.
 POLYCHRONIE, 1874.
 PONCET, 1874, Lyon.
 PRUSNEAU, l'Isle (Yonne).
 RAGOT, Pont-Audemer.
 RAYMOND, Limoges.
 RAYNAUD (M.), Paris.
 REVERDIN, Genève.
 REY, Gaillac (Tarn).
 RICHARD-MAISONNEUVE, Paris.
 RICHTER, Paris.

MM.

RIGABERT, 1874, Pont-d'Envaux (Charente-Inférieure).
 RIPOEL, Toulouse.
 ROQUE, Arnac - Pompadour (Corrèze).
 SAINTE-MARIE, Meulan (Seine-et-Oise).
 SAISON, Paris.
 SCHLOSS, Paris.
 SECOND-FÉRÉOL, Paris.
 SÉE (M.), Paris.
 SEUVRE, 1874, Reims.
 SÉZARY, Alger.
 SIREDEY, Paris.
 SLAWJANSKI, St-Petersbourg.
 SOCKEEL, 1874, Versailles.
 SPIESS, Genève.
 STOICESCO, fév. 1876, Buckarest.
 TARNIER, Paris.
 TEILLAIS, Nantes.
 THAON, Nice.
 THIBIERGE, Paris.
 THIERRY, Rouen.
 TILLAUX, Paris.
 TONNET, Niort.
 TRIPIER (L.), Lyon.
 URDY, 1874, Avignon.
 VERETTE (Marcel), Sézanne (Marne).
 VIGUIER (J.), 1874.
 VILLARD, Guéret.
 WARINGEM, Calais.
 WAST, Vitry-le-Français.
 WILBOUCHEVITCH (BORIS DE), 1874, Moscou.
 ZAMBIANCHI, Aix-en-Othe (Aube).

BULLETINS
DE LA
SOCIÉTÉ ANATOMIQUE
DE PARIS

52^e ANNÉE. — JANVIER 1877

Séance du 5 janvier 1877.

PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

1. Cancer primitif de la colonne vertébrale ; par M. GALLAND,
interne provisoire.

M... Julie, 50 ans, est entrée à l'hôpital Cochin, le 44 octobre 1876 (service de M. Bucquoy). Elle avait été prise tout-à-coup, depuis quelques jours, d'une douleur si vive dans la hanche gauche que l'on crut à une chute et une fracture, mais la malade ayant pu marcher, cette idée fut abandonnée. Cependant après quelques semaines de séjour dans le service de médecine, M. Bucquoy, croyant à une fracture lente, c'est-à-dire spontanée, fit passer la malade dans le service de M. DESPREZ. Celui-ci ne constatant aucun gonflement, aucune déformation, et constatant la liberté relative des mouvements articulaires, diagnostiqua une arthrite sèche douloureuse, des pointes de feu furent appliquées et des préparations opiacées furent administrées à l'intérieur.

La malade était faible et fatiguée pour son âge, mais elle n'avait aucun antécédent capable de faire soupçonner une diathèse quelconque. A la fin de novembre, elle eut une névralgie intercostale très-douloureuse du côté droit qui fut

traitée par les vésicatoires. Au commencement de novembre la névralgie reparut et alternait cette fois avec une douleur vive dans tout le membre inférieur droit.

15 décembre. La malade est prise de fièvre; en même temps elle éprouve par tout le corps des douleurs extrêmement vives, on ne peut la toucher sans qu'elle pousse des cris. — Des injections de morphine sont renouvelées plusieurs fois par jour.

20 décembre. Les douleurs arrivent à leur paroxysme; il y a des étouffements et des douleurs dans les membres supérieurs qui inspirent aux internes l'idée que la malade a de l'angine de poitrine. Les battements du cœur sont tumultueux.

M. Desprès se fondant sur la marche du mal et sur le caractère des douleurs et surtout sur l'aspect général de la malade qui rappelle les derniers moments des cancéreux, soupçonne un cancer de la colonne vertébrale.

25 décembre. L'agonie commence, la malade a la tête fortement renversée en arrière, elle ne cesse de gémir nuit et jour, la langue et les lèvres sont sèches, néanmoins l'hyperesthésie générale persiste, les plaintes augmentent au moindre attouchement. M. Desprès croit que ces symptômes sont en relation avec une méningite spinale causée par la présence du cancer dans les vertèbres. La malade meurt le 3 janvier, après être restée dans le même état, sauf que pendant les derniers jours elle se tournait un peu sur le côté droit. Le pouls avait oscillé entre 120 et 130 et la température restait entre 39 et 40, 2.

AUTOPSIE. Nous avons cherché d'abord dans la colonne vertébrale et nous avons trouvé de nombreux *noyaux du cancer* dans les vertèbres dorsale et lombaire, gros comme des noix ou des noisettes; l'examen histologique sera fait, mais à première vue ce mal paraît être un carcinome encéphaloïde.

La moelle présente, au niveau de ses racines, des petits kystes qui sont formés par l'arachnoïde; il n'y a pas de ramollissement, mais la moelle est plus diffuente qu'à l'état normal.

Tous les autres organes ont été examinés; il n'y avait nulle part trace de cancer. L'utérus renfermait des corps fibreux et il sortait du col un petit polype utéro-folliculaire, du volume d'une noisette. Les reins renfermaient quelques kystes urinaires. Le foie est absolument sain.

L'articulation de la *hanche*, examinée, présente les caractères de l'arthrite sèche commençante ou de l'arthrite des ataxiques signalée par M. Charcot. Seulement, à la face postérieure du col il y a une petite nodosité dure formée par le périoste qui pourrait bien être un petit cancer (ce point sera examiné); mais le volume très-petit de cette nodosité qui n'a pas plus d'étendue qu'une grosse lentille, rend impossible de voir là le cancer primitif qui aurait causé la métastase dans les

vertèbres. En résumé, il s'agit d'un *cancer primitif de la colonne vertébrale*.

2. Cancer primitif de l'ovaire droit ; par M. E. CHAMBARD, interne des hôpitaux.

Nous nous bornerons ici à donner les résultats de l'autopsie qui fut faite le 3 janvier et ceux de l'examen microscopique. L'observation prise par M. Roudot qui diagnostiqua un cancer de l'ovaire devant être publiée par lui dans un autre recueil.

Autopsie, 36 heures après la mort. L'amaigrissement général du sujet, sensible surtout à la face, au thorax et aux membres supérieurs, contraste avec l'énorme développement de la région abdominale. Sur la peau du ventre on retrouve les traces de la dilatation des veines cutanées qui était encore plus apparente dans les derniers jours de la vie du sujet.

A. *Cavité crânienne*. Le cerveau est amaigri et séparé des parois crâniennes par un intervalle notable rempli de liquide sous-arachnoïdien. — Aucune autre lésion.

B. *Cavité thoracique*. Epanchement séreux assez considérable dans la cavité pleurale droite. Quelques adhérences à gauche. Les poumons et le cœur sont sains.

C. *Cavité abdominale*. L'ouverture de l'abdomen donne issue à une quantité de liquide citrin que l'on peut évaluer à plusieurs litres. Après son écoulement, on est frappé de l'aspect et du volume du foie et de la présence d'une tumeur volumineuse occupant la fosse iliaque droite.

Disons dès maintenant que les reins et la rate n'offraient rien de particulier.

Appareil hépato-biliaire. Le foie est très-volumineux et offre une coloration blanc jaunâtre. Il est entièrement gras. — Son poids est de 2.800 grammes. — Sa forme est conservée et sa situation normale. — De nombreuses sections pratiquées parallèlement ne permettent pas de constater autre chose qu'une dégénérescence graisseuse généralisée à toute sa masse qui est très-avancée. — La *vésicule biliaire* est petite et renferme peu de bile ; les voies biliaires ne sont pas dilatées. Des adhérences peu serrées unissent la face supérieure du foie au diaphragme et sa face inférieure au côlon transverse et au grand épiploon.

Organes génitaux. La vessie, le vagin, l'utérus et ses annexes gauches n'offraient rien de particulier.

A droite, occupant la cavité du petit bassin et une partie de la fosse iliaque, se trouve une *tumeur* volumineuse, absolument libre de toute adhérence avec les parties voisines et rattachée à l'utérus par le ligament large droit qui lui forme

une sorte de pédicule. — La position, la liberté de mouvements de cette tumeur volumineuse et pesante, retenue seulement en un point par un pédicule étroit, rend compte du ballottement que faisait percevoir le toucher vaginal et la rendait comparable au point de vue statique à un fœtus contenu dans la poche des eaux.

Cette tumeur est arrondie mais présente à sa partie interne au niveau du point où elle s'unit au ligament large, un aplatissement et même une surface un peu excavée qui lui donne une configuration analogue à celle d'un rein. Sa surface est mamelonnée et présente des saillies hémisphériques ou aplaties du volume d'une noix à celui d'une orange mandarine. Sa consistance semble ferme lorsqu'on la palpe en n'exerçant à sa surface qu'une faible pression, mais, en appuyant plus fortement, on perçoit une sensation de mollesse profonde. Certaines des saillies dont nous avons parlé et principalement les plus grosses donnent une sorte de demi-fluctuation. La couleur de la tumeur est blanc-jaunâtre avec quelques arborisations vasculaires et des plaies ecchymotiques.

Enfin, on observe sur la face antérieure de la tumeur quelques ampoules remplies d'un liquide verdâtre et transparent. Sur la partie inférieure de cette même face antérieure, on voit la trompe retenue contre elle par des adhérences.

Coupe de la tumeur. — Une coupe est pratiquée suivant le grand diamètre et divise la tumeur en deux parties égales. Sur cette coupe on remarque que la majeure partie de la production pathologique est formée par une substance gélatineuse, semi transparente, homogène, parcourue par quelques tractus fibreux. — Au sein de cette matière et à peu près au centre de la tumeur, se trouve un kyste du volume d'une pomme d'api renfermant un petit coagulum cruorique et rempli par un liquide muqueux très-épais. Sur ces points la pièce est imbibée d'un suc visqueux et clair très-abondant.

Au sein de cette substance gélatineuse, semblable à celle des myxomes et qui forme la presque totalité de la tumeur, se trouve un gros noyau de matière blanche, pulpeuse et molle qui ressemble plus particulièrement au tissu des sarcomes encéphaloïdes. A la périphérie de la coupe le tissu devient plus ferme et il résulte des caractères que présente la partie périphérique de la tumeur que celle-ci est entourée d'une zone fibreuse d'inégale épaisseur parcourue par des vaisseaux assez nombreux. — D'après cet ensemble de caractères macroscopiques, il semble présumable que la tumeur, constituée par l'ovaire droit dégénéré et considérablement augmenté de volume est formée de tissu en grande partie myxomateux ou

myxo-sarcomateux, sarcomateux en un point, avec conservation du stroma ovarien à la périphérie.

Dimensions : — Hauteur, 0^m. 49. — Largeur, 0^m. 15. — Épaisseur, 0^m. 09. — Poids de la tumeur avec l'utérus et ses annexes 1.350 grammes.

I. — EXAMEN MICROSCOPIQUE,

A. Préparations par dissociation. 1° La surface du kyste creusé dans l'épaisseur de la masse cancéreuse est raclée en un point et le liquide filant et légèrement trouble qui provient de cette opération, examiné au microscope on y constate seulement la présence de mucine, des leucocytes et des globules rouges peu nombreux et une grande quantité de spores isolées ou groupées en chapelets, ainsi que des mycophytes semblables aux leptothrix ; 2° La surface de section de la tumeur, raclée en divers points, donne un suc trouble qui contient des éléments cellulaires abondants et qui diffèrent peu, quel que soit le point d'où ils proviennent. Ces éléments sont arrondis et constitués, en général, par un gros noyau sphérique à contour très-net et pourvu d'un nucléole volumineux. — Ce noyau se colore fortement en rouge par le picrocarminate d'ammoniaque. Le noyau est entouré par une zone protoplasmique qui, toujours peu abondante, est, dans beaucoup de ces éléments, si mince qu'on a quelque peine à l'apercevoir. Ce protoplasma est toujours infiltré de granulations graisseuses qui forment autour du noyau une couronne continue ou discontinue.

Dimensions moyennes :	{	Cellules et noyaux, 12 μ . à 18 μ .
		Nucléoles, 2,50 à 3 μ .

B. Coupes. Des fragments sont pris dans les points qui semblent myxomateux, sarcomateux et à la périphérie. — Durcis par l'alcool, la gomme et l'alcool. — Les coupes colorées par le picro-carminate d'ammoniaque et la purpurine sont conservées dans la glycérine.

Les coupes pratiquées perpendiculairement à la surface de la tumeur et intéressant la coque résistante qui l'entoure et les parties sous-jacentes plus molles, donnent une idée suffisante de sa composition histologique : 1° *Vue d'ensemble.* A un faible grossissement : $\frac{2}{3}$ Hartn.; on voit au sein d'un tissu conjonctif lâche et coloré en rose par le picro-carminate d'ammoniaque de petits flocs colorés en rouge foncé, de forme et d'étendue variables et formant des groupes séparés par de larges bandes de tissu conjonctif. — Ces flocs rouges deviennent plus nombreux vers la périphérie de la tumeur où ils se confondent pour former une bande d'épaisseur inégale dans

laquelle un faible grossissement ne permet de rien voir de distinct.

2° *Analyse des préparations.* — De plus forts grossissements tels que ($\frac{1}{3}$ et $\frac{1}{4}$ Ver.) permettent d'étudier séparément le tissu fondamental de la tumeur ainsi que les éléments qui y sont contenus.

A. Le tissu fondamental est constitué par un tissu conjonctif très-lâche, serré en certains points et principalement à la périphérie et dans les régions où les nids cellulaires sont le plus abondants. Dans les régions périphériques, il est formé par des faisceaux ondulés et parallèles entre eux s'écartant de distance en distance pour limiter des espaces allongés fusiformes, remplis de cellules épithélioïdes, ainsi que nous le verrons plus loin.

Ailleurs, au contraire, et dans la masse presque entière de la production pathologique, il est représenté par des faisceaux ondulés, de volume variable mais toujours très-grêles. Quelques-uns réduits seulement à quelques fibrilles, entrecroisés dans tous les sens et contenant ce suc muqueux abondant dont nous avons constaté l'existence en parlant des caractères organoleptiques de la tumeur. C'est aussi à cette structure que celle-ci devait sa consistance molle et demi fluctuante comparable à celle des myxomes et de certains chondromes.

Ailleurs, enfin, on retrouve des faisceaux fibreux plus volumineux, parallèles entre eux, mais d'une direction différente de celle des faisceaux fibreux de la périphérie. Ces faisceaux, entre lesquels existent de nombreux nids cellulaires allongés, représentent ceux que nous avons constatés sur la coupe de la tumeur examinée à l'œil nu et dont la direction générale était perpendiculaire à celle de la coque fibreuse périphérique de laquelle ils semblaient s'être détachés. Le tissu fondamental que nous venons de décrire possède des éléments cellulaires qui lui appartiennent en propre. Ce sont, pour les régions où il se présente sous l'aspect de faisceaux parallèles des cellules plates qui apparaissent comme des cellules fusiformes et pour celles où il se montre lâche et formé de fibrilles entrecroisées, des cellules arrondies, à protoplasma extrêmement mince, à rayon nucléolé et ne mesurant pas plus de $6^m/m$ à $7^m/m$. Ces derniers éléments sont en quelques points réunis en grand nombre, serrés les uns contre les autres et donnent à ces points un aspect sarcomateux. Les vaisseaux sont peu nombreux et se présentent sous l'aspect de simples canaux sans parois propres, revêtus d'une couche endothéliale. Leur diamètre varie de 40μ à 40μ .

B. Ce que nous avons dit du tissu fondamental de la tumeur et de la direction des fibres du tissu conjonctif qui la cons-

titue, permet d'être bref au sujet de la forme et de la direction des alvéoles qui limitent les nids cellulaires qu'on y rencontre. 1° A la périphérie, des alvéoles, formées par l'écartement des faisceaux ondulés et parallèles que nous y avons décrits sont fusiformes, parallèles à la surface et terminées en pointes à leurs extrémités. Cependant, tout-à-fait vers le bord de la préparation, elles deviennent plus petites, très-nombreuses, et sont pressées les unes contre les autres à ce point qu'à première vue et en employant de faibles grossissements, on croirait avoir affaire, en ces points, à du tissu sarcomateux. — 2° Dans les régions fibreuses des couches profondes de la tumeur, les alvéoles sont encore fusiformes mais dirigées dans un autre sens; quelques-unes sont très-allongées, à ce point que l'on croirait voir de véritables tubes remplis par un épithélioma. — 3° Dans les régions myxomateuses, au contraire, les alvéoles sont arrondies, de volume très-variable, quelques-unes très-grandes et subdivisées en alvéoles plus petites par des cloisons secondaires très-minces, d'autres assez petites pour ne contenir que quelques cellules seulement.

Y. Les cellules qui sont contenues dans ces alvéoles sont semblables entre elles. Nous les avons décrites plus haut en parlant de l'humeur microscopique des produits du raclage de la tumeur.

Résumé. — Au point de vue anatomique, cette tumeur qui présente, à l'examen immédiat, les caractères d'une myxo-sarcome et formée essentiellement de tissu myxomateux parcouru par des travées fibreuses et entourées d'une coque de même nature dans lesquelles la présence de nombreux nids de cellules épithélioïdes ne laisse aucun doute sur la nature carcinomateuse de l'affection.

3. Examen microscopique, par M. CHAMBARD, interne des hôpitaux (Voir l'observation, page 11).

Au sein du tissu spongieux d'un fragment osseux provenant de la colonne vertébrale, on remarque plusieurs masses polyédriques, du volume d'un pois à celui d'une noisette, de consistance molle, de couleur blanche et assez facilement énucléables de la cavité osseuse qui les contient.

L'examen porte 1° sur des fragments de ces noyaux détachés au moyen de ciseaux courbes et dissociés dans le picro-carminate d'ammoniaque — 2° sur des coupes comprenant la totalité de ces masses pathologiques et une partie du tissu osseux qui les entoure. Ces coupes, faites après décalcification dans l'acide picrique, sont colorées, soit par le picro-carminate d'ammoniaque, soit par la purpurine et conservées

dans la glycérine salée ou additionnée de picro-carminate ammoniacal.

A. Dissociation. — 1° Grande quantité de cellules à noyau sphérique et volumineux, avec un ou deux nucléoles brillants. Les unes sont sphériques et leur protoplasme peu abondant entoure régulièrement le noyau; les autres sont irrégulières avec une masse protoplasmique peu considérable. Dans tout le corps de la cellule sont infiltrées de fines granulations graisseuses. — Dimensions : cellule $13\ \mu$ à $19\ \mu$; noyau $9\ \mu$ à $10\ \mu$; nucléole $2\ \mu$ 50 à $3\ \mu$ 50;

2° En beaucoup moins grand nombre, cellules puriformes, pourvues d'un noyau bacillaire, à protoplasme trouble et granuleux. Dimensions: Longueur des cellules $36\ \mu$; largeur des cellules $4\ \mu$ 50 à $6\ \mu$; longueur du noyau $15\ \mu$.

B. Coupes. — Vue d'ensemble. Faible grossissement (ocul. 1 — obj. 2 — Hartn.); à ces grossissements, le centre de la préparation paraît formé de tissu fibreux creusé de nombreuses alvéoles et entouré d'une ceinture de tissu osseux spongieux. Ce dernier est limité sur un des côtés de la coupe, par une bande fibreuse épaisse dans laquelle il est facile de reconnaître le périoste vertébral.

Ce grossissement permet encore de reconnaître que les alvéoles du centre du noyau pathologique sont plus petites et surtout beaucoup moins nombreuses que celles de la périphérie. Aussi, dans la région centrale, les travées fibreuses qui les séparent sont-elles beaucoup plus épaisses et l'action du pinceau est-elle moins efficace pour chasser les cellules des alvéoles qui les renferment.

Il permet encore de distinguer, au milieu même du tissu de nouvelle formation, des fragments osseux et des vaisseaux volumineux. — Enfin les cavités du tissu spongieux qui entourent la néoplasie sont, sur plusieurs points, envahies par celle-ci et remplies par un bourgeon qui en émane et qui présente la même structure.

Analyse des préparations. — 1° Périoste — sain — séparé du tissu de nouvelle formation par la zone osseuse, mais en certains points en rapport direct avec lui sans en être envahi.

2° Zone osseuse. — Les cavités osseuses situées immédiatement sous le périoste sont normales.

Les cavités situées plus près du noyau pathologique sont agrandies, les travées osseuses qui les séparent, moins régulières et amincies, sont en voie de résorption. — Les cellules adipeuses de la moelle disparaissent, les capillaires sont congestionnés. Certain degré d'ostéite raréfiante est dû au voisinage du néoplasme.

Les cavités immédiatement en rapport avec celui-ci sont

ouvertes et envahies par un bourgeon qui en émane et que nous décrirons plus loin. Les travées osseuses sont amincies irrégulièrement, coupées en certains points, et les segments ainsi isolés se conservent au sein de la tumeur sous forme de débris irréguliers.

Les ostéoplastes ont conservé leur forme et leurs dimensions normales. Les cellules osseuses se voient très-nettement et ne sont le siège d'aucune infiltration graisseuse même dans les blocs osseux isolés.

3° Néoplasme. — Stroma formé de tissu conjonctif fasciculé entrecroisé en tous sens et limitant des alvéoles rondes remplies de cellules semblables à celles qui avaient été obtenues par la dissociation.

Ce tissu est beaucoup plus abondant dans les parties centrales de la tumeur que dans ses parties périphériques : aussi les alvéoles y sont-elles rares et peu volumineuses. Il renferme de nombreuses cellules plates et, sur les limites de la tumeur, au voisinage du tissu osseux, est infiltré d'éléments embryonnaires. Artérioles bien développées de $18\ \mu$ à $30\ \mu$. Capillaires de $12\ \mu$ à $16\ \mu$. Veines volumineuses et à paroi très-mince et confondues avec le tissu fibreux au sein duquel elles semblent creusées — $45\ \mu$ à $60\ \mu$.

Alvéoles sphériques. Au centre, elles sont petites et remplies de cellules fortement tassées qu'on a peine à chasser avec le pinceau.

A la périphérie, elles sont nombreuses, larges, et, lorsqu'elles ont un certain volume, subdivisées par des cloisons secondaires, très-minces, émanées des travées principales.

4° Mode d'envahissement de l'os.

Les cavités osseuses qui sont en contact avec le néoplasme sont ouvertes par usure de celle de leurs faces qui les en sépare. Le tissu réticulé de la moelle osseuse devient fibreux et se creuse d'alvéoles qui se remplissent de cellules épithélioïdes. A ce degré de développement la cavité osseuse contient un bourgeon continu avec la masse principale de la tumeur creusée d'alvéoles et dont le stroma fibrillaire est encore infiltré de cellules semblables à celles de la moelle de l'os.

A un degré plus avancé, les cellules disparaissent, les travées s'épaississent, deviennent franchement fibreuses, les parois de la cavité osseuse sont complètement résorbées et le bourgeon qui la remplissait se confond avec le reste de la tumeur.

C. *Résumé.* 1° Il résulte de cet examen que les noyaux disséminés dans le tissu spongieux des corps vertébraux, sont constitués par du carcinome pur ; 2° Ces pièces sont favorables pour l'étude du développement du carcinome dans les

os, elles montrent, en effet, que les alvéoles remplies de cellules qui caractérisent le genre carcinome se creusent au sein d'un tissu fibreux qui s'est d'abord substitué au tissu osseux.

L'extension de la tumeur se fait par usure des trabécules osseuses, transformation fibreuse du tissu réticulé de la moelle et formation d'alvéoles dans le tissu fibreux ainsi formé.

Le tissu osseux proprement dit joue un rôle purement passif. La substance osseuse subit une usure moléculaire encore peu connue dans sa nature intime et les cellules osseuses n'offrent aucune altération.

4. Fistule biliaire cystico-hépatique ; par M. C. CHABRUN, externe des hôpitaux.

La pièce présentée à la Société, provient du service de M. Charcot. Elle a été trouvée à l'autopsie d'une femme ataxique, âgée de 37 ans. L'observation de la malade, prise avec soin, ne fait pas mention de coliques hépatiques ; on ne sait donc à quoi s'en tenir sur les symptômes qui ont pu se manifester pendant la vie.

A L'AUTOPSIE, on remarque que la face inférieure du foie est recouverte de nombreuses fausses membranes, blanchâtres, épaisses, traces d'une inflammation périhépatique. Au milieu de ces membranes, il est difficile de retrouver la vésicule biliaire qui est petite, ramassée sur elle-même, dure et blanchâtre.

Les parois très-épaissies, bosselées, sont de consistance fibreuse. Le canal cystique est obstrué par un calcul, et une incision donne issue à un assez grand nombre de concrétions de même espèce, jaunâtres, polyédriques, contenues dans la vésicule qui ne contient pas de bile ; c'est à peine si on y trouve une petite quantité de liquide pâle et muqueux. — Au niveau de la partie correspondant à la vésicule, et tout alentour, le tissu hépatique est bleuâtre, durci. Quand on l'incise, on fait sortir un grand nombre de calculs semblables à ceux de la vésicule qui sont contenus dans une cavité ayant la forme et les dimensions d'une grosse amande. Cette cavité est creusée dans le tissu même du foie : ses parois, dont l'antérieure offre environ 7 ou 8 millimètres d'épaisseur, sont constituées par le tissu hépatique lui-même. Elle est située au-dessus de la vésicule près du bord tranchant du foie ; son intérieur est tapissé d'une sorte de membrane analogue à celle qu'on trouve en dedans des abcès. La cavité ne communique nullement avec le tissu hépatique, mais on trouve au niveau du fond de

la vésicule un petit conduit assez large pour recevoir une plume de corbeau, qui fait communiquer la cavité hépatique avec la vésicule.

5. Arrêt de développement des doigts des deux mains. —

Pieds bots varus. — Sillons cutanés; par M. LEBEC, interne des hôpitaux.

Dail... Henry, venant de la province, entre à l'Hôtel-Dieu porteur de vices de conformation curieux à étudier. Voici les renseignements que nous avons obtenus sur sa famille. Le père, âgé de 23 ans, bien constitué, est alcoolique; il y a un grand'oncle de l'enfant qui boîta depuis son enfance; quant à lui-même, il est bien constitué. La mère, primipare, a eu cet enfant à l'âge de 25 ans, à la suite d'une grossesse pénible. L'enfant est âgé de 8 mois. La tête et le corps sont bien conformés. Les membres seuls présentent des altérations. La santé générale est excellente.

Les *deux pieds* sont fortement tournés en pieds bots varus, avec tous ses caractères ordinaires. Au pied *droit*, on remarque que le premier et le second orteils n'ont que la première phalange. Le reste est remplacé par un tubercule charnu, privé d'ongle. Les autres doigts sont normaux. Au pied *gauche*, à un travers de doigt au-dessus des malléoles, on observe sur la jambe un étranglement exactement circulaire et profond de la peau, comme produit par un lien constricteur. Ce sillon est profond de 2 millimètres; en écartant ses bords on voit au fond la peau blanche et brillante, comme un tissu de cicatrice. Ce sillon est dans la peau, et nullement adhérent aux parties profondes.

Les mains offrent des déformations plus curieuses. *Main droite*: Carpe et métacarpe normaux. Le pouce est bien conformé, dépourvu d'ongle. L'index n'a que deux phalanges et pas d'ongle. Il y a 6 mois, on l'a détaché du médius, auquel il adhérerait, et du même coup, on a supprimé un petit tubercule charnu à la face palmaire du médius, et qui correspond à l'extrémité de l'index. Le médius a trois phalanges, mais très courtes, il a un ongle normal. Il adhère à l'annulaire. A sa base, on remarque un sillon du côté radial de la main. L'annulaire n'a qu'une seule phalange fort longue; le reste est un bourgeon charnu sans ongle, adhérent au médius par son extrémité, et séparé de lui à sa base. Le petit doigt a ses trois phalanges, mais pas d'ongle, la matrice seule est exprimée. Pris d'ensemble, les doigts ont tous à peu près la même longueur. Ils sont habituellement fléchis. L'enfant se sert surtout du pouce qu'il oppose facilement au petit doigt, et ap-

plique le moignon des autres doigts sur l'objet saisi. A la *paume de la main*, on remarque une modification dans les plis d'opposition.

Le premier pli du pouce se dirige verticalement, selon l'axe du troisième métacarpien, à cause des mouvements constants du pouce vers le petit doigt. Le deuxième pli est normal et coupé par le premier. Le troisième pli, au lieu de se terminer entre les têtes du deuxième et du troisième métacarpien, se porte jusque sur le côté interne du premier, et comprend les têtes des quatre métacarpiens. Ce qui s'explique par le mouvement d'ensemble des trois doigts du milieu.

Main gauche. Comme à l'autre main, les doigts seuls sont atteints. Le pouce est normal. Le petit doigt a ses trois phalanges et un ongle, mais il est très-volumineux. L'index, le médius et l'annulaire sont réunis dans la hauteur de leurs premières phalanges. L'index est représenté par un bourgeon charnu, court et sans ongle. Le médius a trois phalanges rudimentaires et un ongle. L'annulaire est représenté par un ensemble de trois bourrelets, couchés contre le médius, et contenant un rudiment de phalange. Ces trois doigts réunis ont la forme d'une sorte de pyramide. A sa base, et du côté cubital, existe un sillon profond, qui ne se voit pas de l'autre côté. Les plis de la *paume*, et les mouvements se font comme à l'autre main.

En résumé, on peut voir une sorte de symétrie dans ces arrêts de développement. Deux pieds bots rares, les trois doigts médians des mains atrophiés, l'annulaire seul ayant un ongle aux deux mains. A la base du médius droit, un sillon et un autre à la base de l'annulaire gauche. Ceci combat la théorie du sillon produit par le cordon, puisque ces sillons existent d'un côté des doigts et pas de l'autre.

M. LONGUET a vu un cas analogue en 1875 dans le service de M. Verneuil. Il existait des sillons symétriques semblables à ceux que signale M. Lebec et des amputations des doigts. Il suppose que l'autopsie pourrait, dans des cas semblables, révéler l'existence de lésions médullaires.

8. Elections.

MM. RICHELOT et DU CASTEL sont nommés *membres honoraires*.

Séance du 12 janvier 1877

PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

7. Allocution de M. CHARCOT.

Messieurs,

Permettez-moi en ouvrant la séance d'aujourd'hui, de vous témoigner toute ma reconnaissance pour l'honneur que vous m'avez fait en m'appelant une fois de plus, par vos suffrages, à présider vos séances.

Permettez-moi aussi, à ce propos, de répéter ce que, deux fois déjà, j'ai dit en pareille circonstance : c'est que tous mes efforts seront consacrés, comme par le passé, à justifier la confiance que vous m'accordez.

L'ordre du jour de la séance d'aujourd'hui est particulièrement chargé. Aussi, ne m'arrêterai-je pas à vous présenter un exposé de notre situation scientifique; je me bornerai à proclamer, ce que chacun sait d'ailleurs, aussi bien dans cette enceinte qu'en dehors d'elle, c'est qu'à ce point de vue nous n'avons qu'à nous féliciter des résultats de nos efforts.

En ce qui concerne l'état de nos finances et les actes de nos publications, il n'en est, malheureusement, pas tout-à-fait de même; nos horizons de ce côté ne sont pas sans être obscurcis par quelques nuages qu'il ne nous a pas encore été possible de dissiper. Sur ce double sujet M. le Trésorier et M. l'Archiviste vont à l'instant entrer dans le détail.

Vous entendrez ensuite l'éloge de trois de nos collègues dont nous avons à regretter la perte récente : Béhier et Axenfeld, maîtres éminents et qui, à si juste titre, occupaient les premiers rangs dans la profession; Parmentier, médecin ingénieur et modeste, qui toujours, vous le savez, s'est montré ardemment dévoué aux intérêts de notre Société.

8. Eloge de M. le professeur BÉHIER, prononcé par le docteur
Henri LIOUVILLE, vice-président.

Messieurs,

En acceptant la mission de rappeler devant vous une partie de la vie scientifique de l'un des membres dont la Société a le plus vivement ressenti la perte, d'un professeur laborieux et dévoué qui honorait la science et qui adorait la jeunesse — de M. Béhier, — j'accomplis d'une part, comme je le dois, le devoir que vous imposez à ceux qui ont reçu de vos suffrages l'honneur de la vice-présidence.

Mais, en envisageant la grandeur même de la tâche, je sens que d'autres voix, beaucoup plus autorisées que la mienne, auraient dû se faire entendre aujourd'hui, et qu'il appartenait surtout à des maîtres compétents et estimés, de parler digne-ment d'un maître dont un grand nombre d'entre nous s'honore d'avoir été les disciples.

M. Louis-Jules BÉHIER, qu'il nous était encore donné d'entendre comme professeur de clinique médicale à l'Hôtel-Dieu, presque jusqu'à la veille de sa mort (7 mai 1876), est entré à 23 ans dans la Société anatomique. Il y fut admis le 20 avril 1836, pendant son internat même, situation qu'il avait tant désirée, et qu'il obtenait à 21 ans, en 1833, dans une promotion qui ne comptait que dix-neuf élus.

Comme pour les vrais travailleurs, l'internat devait être, pour lui, une des phases les plus animées de son existence si active; ce fut certainement une des époques de sa vie que plus tard il se plaisait le mieux à rappeler: « Jour heureux » entre les jours heureux, disait-il dans l'éloge du professeur Rostan qui sortit, en 1805, victorieux d'un concours où figuraient avec lui Béclard, Chomel et Lisfranc, jour heureux » que celui où l'on obtient ce titre tant désiré d'interne! Tous, » nous en avons gardé le plus vif souvenir. C'est le premier » succès important dans la vie médicale; aussi les fatigues » du travail opiniâtre qu'il a fallu s'imposer pour réussir, sont » bien vite oubliées au milieu des aspirations vers l'avenir » que ce nouveau titre soulève dans de jeunes intelligences. »

Cette impression, bon nombre d'entre vous, messieurs, l'ont éprouvée, j'en suis sûr; et je la souhaite ardemment, comme une des plus douces, à ceux qui, sans avoir pu atteindre le but même, et, quoique bien méritants aussi, n'ont fait que s'en rapprocher, mais se préparent dans un provisoire laborieux, à affronter, mieux armés, les redoutables épreuves du concours définitif.

Cette salubre impression, M. Béhier la ressentit plus qu'aucun autre, lui dont l'entrain vigoureux et fécond a su défier, jusqu'à 63 ans, fatigues, douleurs et préoccupations, entraîné sans cesse par une ardeur pleine de rayonnement, et voulant toujours voir autour de lui s'accuser dans ses manifestations multiples, l'action, c'est-à-dire la vraie traduction de la vie.

On ne s'étonnera donc pas que, recherchant les centres de travail les plus animés, M. Béhier ait aspiré de bonne heure à entrer dans la Société anatomique. Plus que tout autre milieu, elle offrait l'image de cette activité mouvementée qu'affectionnait déjà l'interne de ses débuts.

Créée le 3 décembre 1803, par Dupuytren, alors chef des travaux anatomiques, tour à tour présidée par le chirurgien de l'Hôtel-Dieu et par Laennec, cette association de jeunes travailleurs, née du besoin vivement senti de mettre en commun et de faire servir à l'instruction générale, les observations et les découvertes, avait vu se grouper autour d'elle les Bayle, les Marjolin, les Dutrochet, Magendie et Cruveilhier. Toutefois, de dures circonstances arrêtaient un instant son essor, et il fallut attendre cinq ans — après une éclipse passagère, — pour qu'elle brillât de nouveau en 1826.

Rétablie par les soins de Cruveilhier, dont notre cher président actuel, M. Charcot, a bien souvent retracé devant nous le rôle immense dans le mouvement scientifique français de la première moitié du siècle, la Société appela à elle et attira de suite toute la jeunesse studieuse. M. Béhier n'y manqua pas.

Il comprit qu'il y avait honneur à compter parmi les membres d'une réunion qui s'était déjà fait remarquer par la sévérité et la tendance positive de ses travaux.

Comme on l'a justement dit : les circonstances étaient favorables : le mouvement d'impulsion communiqué aux études anatomiques dans le commencement du siècle était dans toute sa force ; la jeune école était pénétrée de la nécessité de faire reposer la médecine sur la base inébranlable des lésions organiques ; d'autre part, la Société de la Faculté de médecine venait d'être détruite ; sa ruine laissait sans direction et sans guide le zèle de la jeunesse studieuse.

Aussi la réapparition de la Société anatomique, encouragée par la Faculté elle-même au sein de laquelle se tenaient ses séances, fut-elle bien accueillie ; les collaborateurs lui arrivèrent de toutes parts ; elle devint en peu de temps le centre et le point de ralliement des élèves les plus laborieux de l'Ecole pratique et des hôpitaux et ne tarda pas à compter dans ses rangs tous les titres qui s'obtiennent par le concours, tous les degrés de la hiérarchie médicale.

Quel milieu scientifique convenait mieux à M. Béhier ! Disciple affectionné de Bielt qui a guidé ses premiers pas et auquel il resta longtemps attaché comme élève spécial, dont il fut même le secrétaire intime, il était devenu interne de Guersant et allait avoir l'honneur de compter parmi les élèves d'Andral.

On sait l'influence que ces savants praticiens exercèrent sur la direction de ses études. Personne, d'ailleurs, n'a, mieux que lui, proclamé de quelle importance est le choix de nos premiers guides, choix qui domine parfois toute la vie.

Elève, il le sentait déjà ; maître il aimait à le répéter souvent. Dans l'éloge de Grisolle, qui, lui, réflétait si bien Louis et Chomel, M. Béhier rappelant ses souvenirs d'étudiant, s'écrie :

« Je constate encore souvent, pour ma part, combien cette
 » causerie de chaque jour, combien cette action incessante
 » d'une même intelligence laissent des traces profondes,
 » ineffaçables dans l'esprit quand, dans telle ou telle idée qui
 » m'assiège, je retrouve l'influence de mes maîtres adorés et
 » vénéérés, Bielt et M. Andral. Je sens bien alors que c'est
 » leur esprit qui me hante, et si par hasard de nouveaux tra-
 » vaux, des découvertes récentes, me font abandonner tel ou
 » tel de ces souvenirs, c'est à regret que je les quitte, et je les
 » accompagne alors longtemps dans mon esprit, car, en rom-
 » pant ainsi avec les idées amies de ma jeunesse, il me semble
 » toujours que je retire à mes maîtres aimés une partie du
 » respect que je suis si heureux de conserver pour eux. »

Pensant bientôt qu'il est devenu maître à son tour, que des disciples en grand nombre se pressent autour de lui, M. Béhier ajoute :

« Aussi, quand on a bien senti cette action de chaque jour
 » si persévérante, si durable, et qu'on est appelé par l'âge et
 » par la situation à lier un semblable commerce avec ceux
 » qui vous écoutent, on devient, croyez-le bien, sévère avec
 » soi-même, et l'on exerce sur ses paroles et sur ses actes un
 » contrôle sérieux, très-profitable du reste et très-salutaire
 » pour quiconque a charge non pas d'âmes, mais d'intelli-
 » gences. »

En citant les noms des premiers maîtres de M. Béhier nous avons suffisamment indiqué combien leur esprit correspondait à celui qui animait la Société anatomique, alors que, comme aujourd'hui, « persuadée que les faits doivent devan-
 » cer les doctrines et leur servir de base, elle se renfermait
 » dans la science des faits. »

Aussi le jeune interne se pénétra-t-il vite et complètement, de l'importance d'une corporation où l'on étudiait à fond :
 « l'organisation dans l'état sain et dans l'état morbide, l'ana-

» tomie dans ses relations avec la physiologie, la pathologie, » et la thérapeutique. »

Dès ses premières communications dont la liste, déjà longue en 1837, comprend surtout une note importante sur *les tubercules du cerveau* à propos d'une tumeur de la protubérance annulaire, ainsi qu'un fait intéressant d'*éruption stibite dans l'œsophage* et un cas de *mélamose générale du poumon* constatée chez un homme exposé aux poussières du charbon, dès ses premières communications, on trouve le reflet de cette solide éducation qui dirige tous les efforts vers l'examen des altérations organiques et des désordres fonctionnels qui leur correspondent.

Ses monographies portent la même marque, soit qu'il utilise, au point de vue de l'*étude des mouvements et des traits du cœur*, l'observation d'un sujet atteint de *fissure congénitale du sternum* (1855), soit qu'il interprète plusieurs faits de *gangrène des membres dans la fièvre typhoïde* (1857).

Enfin, dans l'important *Traité de pathologie interne* qu'il fit avec la collaboration de son cher compagnon d'études et de succès, M. le professeur Hardy, livre qui restera parmi nos meilleurs classiques, on retrouve ce même soin, cette même exactitude dans la description des lésions.

Ces auteurs, en effet, tout en ne méconnaissant pas le danger de donner une place prépondérante à l'anatomie pathologique, proclament bien haut ses services : « C'est à elle, disent-ils, que nous sommes redevables en partie de cette précision de diagnostic qui forme le plus beau titre de la génération médicale actuelle élevée à l'Ecole de Paris. »

C'est encore à l'anatomie pathologique que M. Béhier apporte une large contribution, lorsqu'il recueille et groupe les observations qui servent de si utile complément à ses premières *Conférences cliniques de la Pitié* (1861-1863.) Un grand nombre des faits qui y sont consignés figurent aussi dans nos Bulletins, exposés par ses élèves, bien souvent même à son instigation.

Ce livre et les travaux qu'il résume, précéderent de peu l'entrée de M. Béhier à l'*Académie de médecine*, comme membre de la section d'anatomie pathologique (1866.)

Plus tard aussi, M. Béhier continue à se montrer fidèle à cette même direction de recherches, soit en animant d'un dernier souffle la *Société médicale d'observation*, soit en acceptant d'être inscrit parmi les premiers parrains d'une Société qui, dans le peu de séances qu'elle a eues, a cependant jeté un certain éclat, je veux parler de la *Société de micrographie*.

La science, toutefois, ne devait pas perdre à ce que, pour le moment du moins, ces deux réunions de travailleurs soient

venues se fondre dans notre *Société anatomique* actuelle, dont je n'ai pas à faire l'éloge devant vous.

Mais les immenses services qu'elle rend, mais la place importante qu'elle a su conquérir, surtout dans ces dernières années, M. Béhier, loin de les ignorer, avait le droit d'en revendiquer sa part. S'il ne pouvait plus venir aussi exactement à nos séances, il s'y faisait représenter par ses élèves, c'était publiquement, avec éloge, qu'il citait nos publications, enrichies bien souvent de faits provenant de son service, et il y puisait largement pour ses leçons.

N'était-ce pas aussi cette même et vraie méthode scientifique, dont il s'inspirait dans ses *Leçons de l'Hôtel-Dieu*, et dans ces belles et si complètes observations, dont la lecture seule occupait parfois (et avec quelle utilité !), presque tout une séance ?

Excellent moyen, soyez-en bien convaincus, Messieurs, de dérouler toutes les phases du cas spécial, d'en faire revivre, comme par la plus exacte photographie, tous les incidents indispensables à la notion pratique qu'il en faut toujours déduire, pour le bien des malades. Cependant, sur ce théâtre plus vaste, le professeur ajoutait de puissants moyens de contrôle ; il était toujours prêt à utiliser tous ceux qu'il pouvait avoir sous la main, et savait s'entourer de tout ce qu'exigent les recherches actuelles.

Aussi s'empressa-t-il de contribuer puissamment avec son cher collègue et ami, M. le professeur Richet, à la création de ces *Laboratoires annexés aux Cliniques*, véritables ateliers pratiques dont il comprit vite l'importance, et dont il recueillit, comme une récompense qui lui était bien due, les premiers avantages, par un accroissement d'influence sur la jeunesse studieuse.

C'est que M. Béhier sentait bien que le devoir d'un maître est en quelque sorte de s'imposer la mission incessante du progrès.

Il succédait, dans l'amphithéâtre où sont inscrits les noms glorieux de Bichat et de Desault, à Trousseau et à Grisolle, et, comme l'a fort justement écrit l'un de ses panégyristes (1), « pour un homme comme Béhier, acquérir un honneur, c'était » contracter un devoir. »

Or, notre maître comprit parfaitement qu'un professeur, en dehors de l'enseignement pratique ordinaire, a le rôle d'un initiateur. Il comprit « que les grandes *Cliniques de la Faculté*

(1) P. Mercier, *Revue Scientifique*, Juin 1876.

» *de médecine de Paris* ont ceci de particulier, qu'elles ont à
» tenir la jeunesse au courant de toutes les acquisitions des
» sciences médicales. »

Des idées nouvelles avaient surgi; de nouveaux procédés d'investigation étaient mis en œuvre, conduisant à une connaissance plus exacte des faits et à des constatations qui jetaient une lumière précieuse sur bien des points obscurs, jusque-là, de la médecine.

Ce mouvement, commencé en France, avait pris un solide essor à l'étranger; des missionnaires volontaires en rapportaient le récit enthousiaste, essayant de faire une comparaison qui pouvait coûter momentanément à notre patriotisme, mais qui n'était que l'écho de la vérité.

Une sorte de résistance retarda toutefois quelque temps ce développement progressif. Dans une circonstance solennelle (1), M. Béhier crut devoir dénoncer, avec sa franche et vigoureuse énergie, les obstacles qu'il avait alors constatés; je ne puis mieux faire que de lui laisser présenter lui-même la défense de quelques-uns des maîtres de son temps, parmi lesquels il avait le droit de se placer à juste titre:

« Ces obstacles au mouvement progressif actuel, dit-il, il
» importe de les signaler publiquement : D'abord certains
» esprits, chagrins et retardataires de parti pris, nièrent la va-
» leur des travaux et des faits qui gênaient leurs idées cons-
» tituées. D'autres, paresseux, endormis dans la quiétude de
» leurs connaissances, repoussèrent absolument ces assertions
» importunes, afin de s'éviter l'étude et le contrôle critiques
» qui peuvent seuls permettre de se prononcer hautement
» contre les opinions et les travaux qui se produisent. Il
» devint de mode, chez quelques-uns, de railler et de plai-
» senter la fougue et l'engouement des novateurs qui, disait-
» on, n'apportaient rien d'utile. Pauvres esprits avec lesquels
» on en a fini fort heureusement.

» En outre, ce qui retarda plus complètement encore chez
» nous la vulgarisation de ces progrès et l'examen critique de
» ces découvertes, ce fut, sachez-le bien, cette incurie et ce
» laisser-aller singulier du pouvoir qui, aux lamentations des
» savants, aux sollicitations incessamment formulées par les
» membres du corps enseignant qui voulaient obtenir le per-
» sonnel et le matériel nécessaires à la propagation de ces con-
» naissances, répondait d'une façon presque dédaigneuse, en
» faisant sonner bien haut la nécessité de préparer des armes
» nouvelles pour lutter contre un voisin dangereux, et en

(1) Eloge de M. le professeur Grisolles, prononcé à l'Hôtel-Dieu.

» ayant l'air de croire que l'Europe nous enviait notre science,
 » comme on disait alors qu'elle nous enviait notre adminis-
 » tration modèle. C'étaient là des propos honteux que j'ai
 » entendus pour ma part avec le rouge au front et depuis,
 » hélas ! nous n'avions même pas eu la compensation de voir
 » ces armes qu'on préférerait si complètement aux instruments
 » de la science, prévenir et détourner les désastres de notre
 » malheureuse patrie !

» Cette incurie coupable n'a pas été une des moindres cau-
 » ses du retard qu'a subi parmi nous l'évolution de certaines
 » connaissances nouvelles. La responsabilité ne nous revient
 » nullement, à nous qui avons sans cesse répété nos suppli-
 » cations alarmées. Cette responsabilité, on a voulu nous l'im-
 » puter. Puisque l'occasion se présente, je repousse formel-
 » lement et la tête haute cette accusation. A chacun sa part,
 » il est plus que temps de bien l'établir et la lumière doit
 » être faite. »

Messieurs, longtemps témoin des efforts de mon maître, associé souvent à ses travaux, maintes fois confidant de ses pensées, j'ai cru qu'il était de mon devoir de rappeler cette page qui l'honore et qui resterait, soyez-en sûrs, s'il en était besoin, comme sauvegarde de sa mémoire.

Mais son nom sera toujours, du reste, prononcé avec respect, par tous ceux qui, l'ayant bien connu, ont vu que, lorsqu'il fut appelé au glorieux couronnement de sa carrière si laborieuse, il s'efforça, par un travail sans relâche, de rester, pour l'éducation de la jeunesse, à la hauteur de sa mission. Quoiqu'il sût, à des signes certains, quelle atteinte profonde avait subie sa santé, il voulut en effet remplir jusqu'au bout cette tâche impérieuse, imposée plus encore aujourd'hui, si c'est possible, à tout membre de l'Université de France.

L'idée du devoir lui apparaissait inséparable de l'amour de la Patrie ; il avait vivement ressenti nos désastres, mais il espérait notre complet relèvement, et comme sa devise favorite était « *vouloir c'est pouvoir* » il s'efforçait de communiquer à ses nombreux disciples, son ardeur enthousiaste et confiante, sans cesse ; enfin, il fut soutenu par ce sentiment si puissamment développé en lui, qu'il avait, comme on l'a dit, « charge » de jeunes esprits, destinés à vivre et à progresser après lui, » et ne se croyait pas le droit d'arrêter l'avenir des connaissances médicales au pied de sa chaire ! »

Et en ceci, Messieurs, l'on peut affirmer, sans crainte d'être démenti par l'avenir, que M. Béhier, en donnant à tous ce grand exemple a marqué sa place d'une empreinte ineffaçable

parmi les maîtres qui ont été le plus utiles à la génération médicale actuelle.

9. Eloge de D^r Parmentier, membre titulaire et ancien trésorier de la Société anatomique ; par le D^r Armand Després.

La Société anatomique a perdu cette année un de ses plus anciens membres, un homme que la nature de son esprit, et la douceur de son caractère avaient retenu dans une situation scientifique relativement modeste, mais dont nous devons honorer la mémoire à un double titre. Ceux qui n'ont appartenu qu'à la *Société anatomique* et qui lui ont rendu des services ont droit, plus que les autres, à nos souvenirs et à notre reconnaissance.

Louis-Eugène PARMENTIER est né à Paris d'une famille célèbre, il est le petit neveu d'Antoine-Augustin Parmentier, l'illustre agronome qui importa en France la pomme de terre, ce légume très-discuté d'abord et presque repoussé, comme c'est le sort de toutes les inventions utiles, l'enthousiasme étant généralement réservé pour les choses futiles et sans valeur. Outre une si belle parenté, Parmentier possédait un respectable patrimoine. Après de bonnes humanités dans un collège de Paris, il commença ses études médicales vers 1845 à l'âge de 20 ans. En 1848, il fut reçu interne, dans une promotion de 20 places à peine, vivement disputées par une jeunesse d'élite, si l'on en juge par cinq professeurs qui en sont sortis, et au nombre desquels était notre aimé président. En 1849, Parmentier passa dans un des hôpitaux qui eut le plus de cholériques à soigner, il est l'un des internes auxquels fut décernée une médaille d'argent pour leur noble dévouement, pendant la redoutable épidémie du mois de juin 1849 qui frappa si cruellement les Parisiens de la rive gauche de la Seine.

Parmentier fut successivement l'élève de M. Richet, de Laugier, de Cruveilhier, de Malgaigne. Le passage de Parmentier dans le service de ses maîtres a laissé des traces durables dans vos Bulletins. En 1849, il était nommé membre adjoint, mais son zèle ne se ralentit point pour cela et en 1854 il fut nommé membre titulaire, la même année où il était reçu docteur.

Chercheur de bonne foi, doué d'ailleurs d'une instruction solide, Parmentier vous présentait des faits réellement intéressants ou nouveaux. Ainsi il a enrichi nos Bulletins de deux faits, à peu près uniques dans leur genre, tels qu'une disjonction traumatique de la symphyse du pubis, sans

fracture; un cas de tétanos sans plaie antérieure, consécutif à des tentatives de réduction d'une luxation de l'épaule datant de six mois. Aussitôt que la propension vers les études microscopiques se dessina dans notre pays, Parmentier fut un des rares adeptes des recherches microscopiques, et quoiqu'il ne se servit pas lui-même de l'instrument, il ne manqua jamais de soumettre aux examens expérimentés de M. Robin, de ses amis Dufour et M. Luys les pièces qu'il apportait à notre société.

A partir de 1854, Parmentier suivit la carrière des concours; il prit part successivement au concours d'adjuvat, de l'agrégation et du bureau central pour la chirurgie. Pendant dix années, il concourut, et ne se rebuta que quand il eut atteint l'âge de 40 ans, limite qu'il avait fixée à sa persévérance. Pendant tout ce temps, il ne négligea pas la Société anatomique. Elève de Blandin, il s'était lié avec Demarquay, l'interne favori de ce dernier et suivait sa fortune. De 1854 à 1866, il ne s'écoula pas d'année sans que Parmentier présentât ici des pièces très-intéressantes, des tumeurs de toute nature enlevées à la Maison de Santé. Ce n'était pas, malheureusement, des observations, mais comme documents les pièces avaient, plusieurs au moins, une réelle importance. Accidentellement il apporta ici, provenant du service de Vigla, un très-beau spécimen, le premier je crois, de bronchite pseudo-membraneuse.

En 1861, après une gestion très-tourmentée, la Société dut se séparer de son trésorier. Parmentier fut alors élu à ce poste de dévouement, et la Société prouva, dans la suite, par dix réélections successives, combien son choix avait été heureux. Sans vouloir établir ici de comparaison, l'on peut dire que la Société a eu d'aussi bons trésoriers, mais qu'elle n'en a jamais eu de meilleur. Je ne saurai faire le compte de ce que Parmentier a emprunté à sa bourse pour parfaire des comptes de nos créanciers, mais ce que nous savons, c'est que sa discrétion égalait sa générosité. Parmentier se montrait très-rigoureux dans l'exercice de ses fonctions, et comme il était dans les attributions du trésorier de préparer le banquet annuel de la Société anatomique, il était resté le seul, avec notre ancien archiviste, le docteur Poumet, qui crût à la nécessité d'un banquet. Il tenait à cette vieille tradition, qui commence à n'être plus dans nos mœurs. Plusieurs d'entre nous se rappellent son chagrin d'avoir assisté, en 1869, au dernier banquet de la Société, en compagnie de rares amis qui l'avaient suivi pour lui faire plaisir.

Parmentier cessa d'être notre trésorier en 1872. A cette époque, il venait de perdre sa compagne, le seul but de sa vie,

car il n'avait pas d'enfants. C'est alors qu'il disparut, et que la dernière des générations qui se succèdent ici avec tant de rapidité, n'a pas connu notre sympathique collègue.

Parmentier a peu écrit. Sa thèse inaugurale en 1854 traite de la cicatrisation des plaies exposées, sujet difficile qui ne comporte rien moins que la solution du problème de la nutrition et de ses phénomènes intimes. En 1864, il publia à l'instigation de Demarquay, un travail sur le cancer des muscles, avec des observations anglaises et quelques faits étudiés en France. C'est dans l'*Union médicale* que parut ce mémoire. Parmentier était alors rédacteur de la partie chirurgicale de l'*Union médicale*, un journal bien rédigé, mais peut-être un peu fermé à ceux qui n'étaient pas de la maison, et où Parmentier ne pouvait avoir d'autre rôle que de mettre en scène, les œuvres des hommes distingués d'ailleurs à qui le journal appartenait. Cette situation effacée, il l'acceptait par reconnaissance pour Demarquay qui lui témoignait de l'affection, je ne dis pas de l'intérêt; Parmentier était dans une position de fortune qui lui permettait de ne point rechercher les avantages qu'aiment à recueillir les aides des chirurgiens occupés. Mais, dans le même journal, notre ancien trésorier a fait durant plusieurs années, un compte rendu des séances de la Société de chirurgie, et l'on doit reconnaître qu'il l'a toujours fait avec une impartialité et une bienveillance qui étaient le fond de son bon et honnête esprit.

Parmentier est mort le 22 mars 1876, à l'âge de 52 ans; il a succombé subitement, probablement aux suites d'une rupture d'un anévrysme. C'est tout ce qu'a pu dire le médecin vérificateur des décès. Parmentier avait vu mourir tous ses meilleurs amis, ceux qui l'avaient soigné; son camarade Axenfeld n'était pas en état de lui donner les derniers soins. Celui-ci même ne devait pas survivre longtemps à Parmentier.

Ainsi mourut, jeune encore, un médecin instruit, d'un caractère irréprochable auquel il n'a manqué, pour arriver, qu'un concours de circonstances, d'autres diront l'habileté. Peut-être aussi la vie au début de sa carrière lui était-elle trop facile. Serait-il donc toujours vrai que pour monter haut la fortune est un bien lourd bagage, et que pour arriver vite aux sommets, il faut être léger de corps et d'argent? Certes, il y a des hommes pour qui l'aisance est un levier, ils s'en servent pour mener à bonne fin des expériences aussi coûteuses que remarquables et ils arrivent alors au but qu'ils ont choisi. Mais, pour suivre dans une profession libérale, la carrière des concours, l'aisance empêche de sentir la nécessité d'arriver; on dit: « j'ai le temps ». Mais combien peu cueillent le succès après une longue attente!

10. Lipôme crétiifié sous-musculaire de la cuisse;
par M. A. CASTEX, interne des hôpitaux.

Cor... Frédéric (50 ans), interrogé sur ses antécédents morbides, dit avoir eu, à l'âge de 19 ans, une fièvre typhoïde assez grave. Pendant le siège de Paris, il fut pris de rhumatisme généralisé, et en 1873 fut admis à l'hôpital Beaujon pour une céphalalgie dont il ne peut indiquer la nature. Il en sortit notablement soulagé, six jours après son entrée. Il y a trois mois environ, au sortir d'un bain, il remarqua à la partie antéro-externe de sa cuisse droite une *tumeur* ovalaire qui mesurait à peu près les deux tiers du volume actuel. Deux mois avant, s'étant plusieurs fois baigné dans la Seine, il n'avait encore rien vu à cette même région. Cette tumeur était molle, indolore, ne gênait en rien le fonctionnement du membre. La peau avait sa coloration habituelle. Le malade ne prit, à ce moment, conseil d'aucun médecin, mais la tumeur augmentant progressivement, bien qu'elle ne l'incommodât pas pour son travail, il vint à la Charité (service de M. TRÉLAT), pour être opéré s'il y avait lieu.

Etat actuel. (10 janvier.) La tumeur occupe aujourd'hui, comme il y a trois mois, la moitié inférieure de la région externe de la cuisse. Elle mesure à peu près 20 centimètres verticalement et 10 centimètres horizontalement. La cuisse, au niveau de la partie moyenne de la tumeur, présente 45 centimètres de diamètre; le côté sain, au même niveau, n'en mesure que 39. Il faut ajouter que la cuisse du côté malade paraît plus volumineuse que l'autre, ce qui peut s'expliquer par le métier du malade. Il se sert habituellement d'un tire-pied pour la soudure des boîtes à conserve. Sa tumeur est absolument indolore. Sa peau est normale, glisse sur la tumeur qui se déplace elle-même sur les tissus sous-jacents pendant le relâchement musculaire. Mais lorsqu'on engage le malade à raidir fortement sa cuisse, la tumeur devient immobile. Sur sa circonférence et principalement en bas, on palpe comme de petits lobes saillants sur la masse totale. — Pas de fluctuation.

Dans l'aîne du même côté, deux petits ganglions. Le malade n'a jamais eu dans le membre ni fourmillements, ni œdème.

Il ne se souvient pas d'avoir reçu de coup en ce point. Son tire-pied n'exerce pas de pressions sur cette région; ni syphilis, ni scrofule, pas d'antécédents cancéreux.

Etat général bon, un peu d'anémie cependant.

Opération (11 janvier). Chloroforme; — incision de la peau et de l'aponévrose. M. Trélat a introduit l'index dans la plaie et

croît d'abord trouver une tumeur dure sur l'os, peut-être un sarcome; mais explorant sur la face antérieure du fémur, il trouve le lipome qu'il énuclée.—Toilette de la plaie par pressions. Réunion primitive, au moyen de demi-lunes d'amadou superposées. Un peu d'ouate, bandage roulé de tout le membre.

11 janvier (soir). Le malade n'éprouve que des élancements dans la cuisse. Température: 38°.

Examen de la tumeur. Elle mesure à peu près le volume des deux poings, affecte une forme allongée, et présente, vers les extrémités, deux ou trois lobes proéminant sur l'ensemble du néoplasme. Elle est entourée d'une capsule celluleuse mince, à la surface de laquelle sont accolées des fibres musculaires très-fines. La coupe montre dans cette enveloppe leur masse lipomateuse, de consistance très-molle. Mais, vers l'extrémité supérieure, la coque enveloppante offre, sur une surface de 6 centimètres de diamètre, une crétification résistante qui paraît se rattacher à la deuxième variété de crétification des lipomes signalés par Virchow dans sa Pathologie des tumeurs. C'est cette partie crétifiée que le doigt rencontrait en explorant la plaie au début de l'opération. Elle siégeait sur la partie de la tumeur qui regardait le fémur.

REMARQUES. Nous avons recueilli cette observation comme un exemple intéressant de lipomes sous-musculaire. Le diagnostic s'était posé dès le début entre un lipome, un abcès froid et un sarcome. Enfin, cette partie crétifiée de l'enveloppe méritait surtout d'être signalée.

11. Adéno-fibrôme de la parotide; par M. JALAGUIER, interne des hôpitaux.

Le 6 janvier 1877 est entrée à l'hôpital des Cliniques (service de M. BROCA), une jeune fille de dix-huit ans, habitant le département de la Meuse, et venue à Paris pour se faire opérer.

Cette personne a toujours vécu à la campagne, elle paraît jouir d'une très-bonne santé; la teinte très-brune de sa peau semble exclure toute idée d'anémie; cependant, en explorant les vaisseaux du cou, on entend un léger bruit de souffle. Les antécédents sont absolument négatifs. La malade n'est pas encore réglée. Elle nous raconte qu'il y a huit ans, elle vit apparaître, un peu au-dessus et en arrière de l'angle de la mâchoire, une tumeur petite, dure, mobile sous la peau, tout-à-fait indolente, qui fut prise alors pour un ganglion engorgé. Cette tumeur est restée stationnaire pendant plus de sept années. Il y a huit mois environ, au dire de la malade, elle était à peine grosse comme une petite noix. Depuis lors

sans cause connue, elle a pris un développement très-rapide, sans s'accompagner d'aucun phénomène douloureux, ni d'aucune gêne fonctionnelle.

Etat actuel. — Toute la région parotidienne gauche est envahie par une *tumeur* ovoïde à grand diamètre vertical, du volume d'un gros œuf de dinde ; elle remonte jusqu'à un centimètre au-dessus du sommet de l'apophyse mastoïde et s'étend dans la région cervicale jusqu'à égale distance du maxillaire inférieur et de la clavicule ; en arrière, elle repose sur le bord antérieur du sterno-mastoïdien, sur lequel elle empiète un peu ; elle dépasse légèrement en avant la branche montante du maxillaire inférieur. Le lobule de l'oreille est soulevé. La peau, parfaitement saine, est mobile sur la tumeur qui lui est immédiatement sous-jacente ; elle est un peu amincie en haut et en arrière ; les veines de la région ne présentent aucune dilatation.

La tumeur est de consistance inégale : très-dure à la partie supérieure, elle présente plusieurs lobules séparés par des sillons assez profonds ; la partie inférieure contraste par sa mollesse avec la consistance véritablement pierreuse de la moitié supérieure ; on sent à ce niveau comme une fausse fluctuation ; il n'y a pas de transparence. La masse tout entière paraît assez mobile sur les parties profondes ; toutefois, si l'on explore attentivement au-dessous du lobule de l'oreille, on sent comme un gros pédicule qui s'enfonce dans la région parotidienne. En explorant par la bouche on constate que la tumeur n'arrive pas jusqu'au pharynx. Du reste, aucune douleur et fort peu de troubles fonctionnels ; les mouvements étendus d'abaissement de la mâchoire inférieure sont seuls un peu gênés.

Opération. — Le 12 janvier, M. Broca fait une incision verticale intéressant seulement la peau, l'énucléation de la tumeur se fait facilement à l'aide des doigts et d'une spatule emmanchée. Un pédicule cellulo-vasculaire qui existe à la partie supérieure est lié en masse, puis coupé. Pansement à l'alcool phéniqué ; depuis lors la cicatrisation a marché rapidement.

Examen anatomique, par M. PLANTEAU. La tumeur, du volume d'une petite orange, pèse 145 grammes. La surface externe est divisée par de larges sillons peu profonds en plusieurs lobes du volume d'une noix ou d'une noisette ; en outre, elle est parsemée de légères saillies dépassant à peine la surface de la tumeur, perceptibles à la vue, mais surtout au toucher. On sent, à la partie supérieure, de gros noyaux durs, de consistance élastique, cartilagineuse, mobiles les uns sur les autres. La partie inférieure de la tumeur qui, avant l'ablation, donnait la sensation de fluctuation, est très-

molle; mais on n'y retrouve plus la fluctuation qui avait pu faire croire à l'existence d'un kyste ou d'une bourse muqueuse. Toute la tumeur est enveloppée d'une mince couche de tissu cellulaire qui l'isolait complètement de la glande saine; à la coupe, on observe deux sortes de tissus bien distincts.

A. — Trois nodules dont le plus gros a le volume d'une noix. Leur coupe est blanche, d'aspect fibreux, blanc-bleuâtre en certains points et rappelle le cartilage ou le fibro-cartilage.

B. — Portion molle, d'aspect mamelonné, analogue à du tissu glandulaire. La partie inférieure, plus molle, contient une grande quantité de graisse.

Examen de la portion dure (alcool, acide picrique, gomme, alcool). Cette partie de la tumeur qui, à l'œil nu, paraissait à peu près homogène, présente au microscope des différences assez marquées suivant les points que l'on examine :

1° Dans une première partie de la coupe on voit que la tumeur est presque en entier constituée par un tissu fibreux très-dense, à faisceaux ondulés, et ne présentant que peu ou point de noyaux. Dans d'autres points voisins de la portion que nous décrirons plus loin, on trouve quelques rares noyaux granuleux, au milieu de faisceaux ondulés ou presque rectilignes. Ajoutons que, dans aucun point des coupes que nous avons pratiquées sur cette portion dure, nous n'avons rencontré d'éléments cartilagineux.

A l'élément purement fibreux de la tumeur viennent s'ajouter de nouveaux tissus : tissus dans lesquels il est facile de reconnaître, au premier abord, la structure et la texture glandulaires. Ces productions nouvelles se présentent sous des aspects différents, suivant les points de la préparation.

Tantôt au milieu du stroma fibreux se montrent de larges cavités remplies par une agglomération de culs-de-sac, constituant, par leur ensemble, un petit lobule séparé de ses voisins par de larges travées de tissu fibreux. Les culs-de-sac qui composent ces lobules ont conservé leur forme normale, leur membrane limitante, quoique très mince, est parfaitement visible à un grossissement de 300 diamètres ; sur quelques-uns d'entre eux on aperçoit encore la lumière centrale. Mais pour la plupart, la cavité tout entière du cul-de-sac est remplie de cellules qui ne présentent plus la forme des cellules qui tapissent les culs-de-sac de la glande parotide saine. Ces dernières, comme on le sait, sont pyramidales, rougies contre la paroi, laissant une lumière centrale limitée par leurs sommets convergents ; leur noyau est excentrique. Au contraire, sur la tumeur qui nous occupe, les cellules remplissent com-

plètement la cavité du cul-de-sac, leur noyau est central, elles sont arrondies ou polyédriques par pression réciproque. — En somme, on voit qu'à ce niveau, les culs-de-sac ont subi une irritation qui a amené dans leur intérieur la prolifération des cellules qui les tapissent.

Au voisinage de ces lobules, le tissu fibreux paraît plus jeune et contient, au milieu de ses faisceaux, une quantité très-grande de noyaux.

3° Dans cette dernière partie nous rencontrons aussi des productions glandulaires, mais elles se présentent sous un aspect bien différent. Les culs-de-sac, au lieu d'être réunis en lobules comme sur la portion précédente, sont séparés les uns des autres par de larges travées de tissu fibreux; leur forme est normale, mais leur membrane limitante est épaissie, et sur la plupart d'entre eux, au lieu d'avoir conservé la légère coloration rosée du tissu fibreux ambiant, elle est colorée en jaune, soit sur le pourtour entier, soit sur quelques parties seulement de la circonférence de la tumeur. En dedans de cette membrane limitante, ainsi modifiée, se rencontre un revêtement de cellules épithéliales, très-régulièrement rangées contre la paroi. Leur noyau est central, très-nettement coloré en rouge. Sur quelques culs-de-sac, en dedans de cette première zone cellulaire, s'en rencontrent une seconde, une troisième, etc., de sorte que la cavité du cul-de-sac se trouve complètement remplie de cellules. Mais sur beaucoup d'entre eux on voit, en dedans de la première rangée, une cavité quelquefois vide (peut-être accident de préparation), ou bien remplie d'une substance granuleuse et jaunâtre certainement constituée par des débris de cellules qui ont subi la dégénérescence granulo-graisseuse. — En résumé, dans cette dernière partie de la préparation, la néoformation fibreuse, au lieu d'être simplement interlobulaire, a pénétré dans l'intérieur du lobule et séparé les uns des autres les acini et les culs-de-sac qui le composent. En outre, la coloration jaunâtre des parois des culs-de-sac, la dégénérescence granulo-graisseuse de leurs cellules, indiquent que ces portions glandulaires s'atrophient et tendent à disparaître, étouffées qu'elles sont par la prolifération du tissu conjonctif voisin.

Portion molle de la tumeur. — Quant à cette portion, qui constituait à elle seule plus des trois quarts de la tumeur, portion si différente par la consistance des nodules fibreux que nous venons de décrire, elle présente cependant, vue au microscope, une structure presque absolument semblable à celle de la partie de la tumeur précédemment décrite (portion dure, 3°). — Comme dans cette dernière, on y trouve des culs-de-sac agglomérés en lobules ou isolés, ces derniers présen-

tant, pour la plupart, la dégénérescence que nous avons signalée plus haut; quant au stroma de cette portion molle, il est constitué par un tissu fibreux présentant de nombreux noyaux, et contenant, en certains points, une grande quantité de graisse.

12. Arthropathie chez une ataxique; luxation du genou droit; par M. Paul REGNARD, interne des hôpitaux.

G..., 39 ans, est couchée au lit n° 12, salle Sainte-Monique, service de M. HÉRARD, à l'Hôtel-Dieu. — Cette malade nous présente un exemple des plus nets d'arthropathie et de luxation spontanée survenues dans le cours de l'ataxie locomotrice. Dès l'année 1867, cette femme ressentit dans les membres inférieurs des douleurs vives qu'elle compare elle-même à des éclairs qui auraient traversé ses jambes. A cette époque, il n'y eut pas d'autres symptômes, la marche était à peine modifiée, la malade sentait le sol sur lequel elle s'appuyait; elle pouvait même continuer à vaquer jusqu'à un certain point à ses occupations. Il ne nous a pas été possible de savoir s'il existait alors soit de l'anesthésie, soit de l'hyperesthésie en quelques points du corps. La malade nous a raconté que, la nuit, il lui était impossible de marcher, et que, si elle fermait les yeux, elle perdait l'équilibre et se sentait projetée en avant. Il y eut un léger affaiblissement de la vue, mais, en somme, les troubles oculaires furent très-peu marqués. Il semblerait que, pendant longtemps, la maladie demeura stationnaire. La malade affirme que, pendant les événements de 1870-1871, elle put encore prendre part à la vie commune et aider sa famille malgré les douleurs vives qu'elle ressentait.

Mais, en 1874, la maladie s'accuse bien plus nettement; la progression, pendant le jour même, devient des plus pénibles, les jambes sont involontairement projetées dans tous les sens, la malade marche en frappant la terre du talon. Mais alors encore il y avait la notion du sol et de la nature du terrain.

Pourtant, une fois couchée, notre malade *perdait* ses membres inférieurs, elle n'avait plus la notion exacte de leur position et se trouvait quelquefois obligée de regarder dans quelle situation elle les avait placées pour avoir la conscience de leur état. Le séjour au lit devint rapidement indispensable, la malade s'affaiblit, maigrit et fut bientôt prise de diarrhée.

Au mois d'août 1875, le genou droit se tuméfia subitement et sans cause appréciable. Il n'y avait d'ailleurs ni inflammation, ni douleur; cette tuméfaction dura plusieurs mois et un jour; dans un mouvement un peu plus brusque, la malade

vit sa jambe se tordre, de telle sorte que le pied était tourné la pointe en dehors et la rotule placée sur le côté externe. La malade essaya de ramener son genou dans la position normale, elle y parvint sans grande difficulté et sans grande douleur. Mais, peu de temps après, le déplacement se reproduisit. La malade put encore plusieurs fois réduire la luxation; enfin le genou se fixa dans la situation où nous avons pu l'examiner.

Aucune autre jointure ne fut le siège de phénomènes analogues, il n'y eut aucune douleur dans la continuité des os et en particulier aucune fracture spontanée.

Les règles continuèrent à venir, mais la miction était involontaire. Il y a aujourd'hui 17 mois que, pour la première fois, la luxation s'est produite; depuis trois mois, elle est permanente. La malade est constamment couchée sur le côté gauche. Le tibia est luxé en arrière, et même il a subi une rotation en vertu de laquelle sa tubérosité externe a passé en arrière. La rotule l'a suivi dans ce mouvement, et se trouve placée en dehors de l'articulation. Les deux condyles du fémur proéminent en avant. D'ailleurs, toutes ces pièces sont mobiles l'une sur l'autre, elles peuvent être entraînées dans tous les sens, mais il est impossible de les remettre en position normale. Il n'y a pas trace d'épanchement.

Pendant que se passaient ces phénomènes locaux, la vue s'affaiblissait, les digestions devenaient difficiles. La peau présente aujourd'hui une teinte pâle, la face est amaigrie et décolorée. Les digestions sont devenues impossibles, la malade vomit tout ce qu'elle prend: elle est prise d'une diarrhée abondante, puis de vomissements poracés.

Une violente broncho-pneumonie se déclare du même coup et le 11 janvier la malade succombe.

L'examen anatomique et histologique sera fait par M. PIRRES.

Séance du 19 janvier 1877.

PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

**13. Abscès du rocher ouvert par le conduit auditif externe;
— Méningite suppurée;** par M. CHENET, interne des hôpitaux.

I..., Eugène, 47 ans, garçon d'office, entre le 29 novembre 1876, salle Saint-Augustin, n° 11 (service de M. SIREDEY).

Il présentait au moment de son entrée, un malaise général avec courbature, céphalalgie, état gastrique très-prononcé; ventre sensible, sans ballonnement, sans point douloureux spécial dans l'abdomen, sans taches. Il était dans le même état depuis deux ou trois jours. Faciès hébété. Difficulté de fixer l'attention. Insomnie opiniâtre. Pas d'épistaxis.

Il était à Paris depuis un an seulement et avait eu dans les derniers temps une besogne très-rude; il était garçon d'office dans un grand restaurant. — Légère accélération du pouls, 88, et élévation de la température, 39, 2. — On diagnostique un embarras gastrique fébrile ou fièvre typhoïde au début, et on lui administre un ipéca; puis, les jours suivants, deux verres d'eau de Sedlitz à deux reprises à un jour d'intervalle. Ces purgatifs déterminèrent des évacuations assez abondantes, mais sans caractère particulier.

4 janvier, à la visite du matin, il exhale une odeur infecte et nous dit que pendant la nuit il a rendu du pus par l'oreille gauche. La céphalalgie est atroce, les pupilles sont inégales, mais il n'existe aucune paralysie de la face ni des membres, ni contractures. Il se tient dans le décubitus latéral droit, se plaint continuellement et nous avons grand-peine à obtenir de lui quelques réponses. Nous apprenons pourtant que depuis deux ans, il a eu de l'écoulement purulent par l'oreille gauche. On pratique d'abord le lavage du conduit auditif avec une injection d'acide salicylique poussée avec précaution, et on lui fait une injection de 20 gouttes d'une solution de morphine au 1/50. — Il meurt à onze heures du matin sans être sorti de l'engourdissement qui a suivi l'injection de morphine.

AUTOPSIE. — Cœur sain; poumons un peu congestionnés à leur partie postérieure, mais parfaitement crépitants dans

toute leur étendue. — Un peu d'injection sur quelques anses intestinales, sans épanchement dans le péritoine. Ces anses ouvertes, aucune lésion qui puisse être rapportée à la fièvre typhoïde. Tout le bout inférieur de l'intestin grêle a été examiné.

Méninges encéphaliques. Infiltration purulente généralisée du tissu cellulaire sans arachnoïdes. Il y a notamment du pus en plus grande quantité au niveau du vernis supérieur, à la base du cerveau et au niveau des confluent.

Le *cerveau* coupé par tranches minces n'a présenté aucune altération sensible de sa substance. Un peu de liquide transparent dans les ventricules, mais nulle part de ramollissement.

A la partie postérieure du *rocher* existe un décollement de la dure-mère sur une étendue de plusieurs centimètres dans tous les sens. La portion décollée est doublée sur sa face externe de dépôts fibrineux blanchâtres qui lui donnent un aspect fongueux. Des fausses membranes existent aussi au même niveau sur sa face interne, mais il n'y a pas de pus entre la dure-mère et l'os qui ne paraît pas altéré dans les points correspondants. Il existe, au contraire, sur la face supérieure de la portion pierreuse une plaque noirâtre irrégulière, mais très-petite, sans érosion superficielle de l'os. — Aucune lésion du côté de l'articulation temporo-maxillaire. Le conduit auditif externe contient encore un peu de pus noirâtre et fétide. Il n'y a aucun décollement des plans superficiels au niveau de l'apophyse mastoïde. En sciant le rocher suivant son axe, nous ne rencontrons aucun *foyer purulent*; nous retrouvons les osselets de l'ouïe en place. La membrane du tympan est en partie détruite, mais la préparation ayant été faite après plusieurs jours de macération, et nos coupes ayant été faites par une main peu exercée, nous devons laisser ici une lacune.

Enfin, au niveau des points noirâtres que nous avons mentionnés, nous trouvons à la coupe une destruction assez étendue de l'os, sous forme de cavité irrégulière remplie de pus concret, et d'autres foyers plus petits dans les cellules mastoïdiennes. Le foyer supérieur communique avec le conduit auditif externe en dehors de la membrane du tympan, et par sa partie postéro-supérieure.

RÉFLEXIONS.—Deux points nous paraissent surtout devoir attirer l'attention. — D'abord, une erreur de diagnostic qui n'a été rectifiée que quelques heures avant la mort. Un fait analogue vient d'être publié dans le *Journal de laryngoscopie*, par M. Bouillet, interne du service de M. Bourdon. Dans ce cas comme dans le nôtre, presque tous les signes de la méninge

gite faisaient défaut, alors que les symptômes d'état gastrique dominaient la scène. Dans les deux cas, il y avait de l'otorrhée qui a passé inaperçue.

Nous relèverons, en second lieu, l'existence d'une méningite purulente, sans communication directe entre le foyer osseux et la lésion encéphalique. C'est un fait assez fréquent et démontré par de nombreuses observations. Mais, dans le plus grand nombre des cas que nous avons en vue (Brouardel, *Lésions du rocher*, dans *Bull. de la Soc. Anat.*), ou bien la lésion osseuse siégeait plus profondément (oreille moyenne ou oreille interne), ou bien il y avait des perforations osseuses ou des phlébites des sinus. Dans notre observation, la lésion osseuse occupait uniquement la portion mastoïdienne et le pus s'était fait jour uniquement par l'oreille externe. De plus, notre malade était presque un enfant, 17 ans, et, dans ce cas, le pus se fait ordinairement jour sans entraîner des complications cérébrales. C'est donc une raison de plus de réserver le pronostic dans les cas analogues.

14. Otite chronique droite; méningite de la base et abcès de tout le lobe correspondant du cervelet; par M. Hippolyte MARTIN, interne des hôpitaux.

T... Amédée, âgé de 12 ans, est entré le 9 janvier 1877 à l'hôpital des Enfants, salle Saint-Jean, n° 8 (service de M. LABRIC). Cet enfant s'est assez bien porté pendant sa première enfance, mais depuis deux ans au moins, il a eu à plusieurs reprises un écoulement purulent de l'oreille droite. Cet écoulement, qui ne provoquait pas du reste des douleurs fort vives, a reçu chaque fois des soins médicaux consistant surtout en injections, mais il ne tardait pas à reparaitre peu de temps après s'être momentanément suspendu. L'année dernière, il se produisit un abcès derrière le pavillon de cette oreille droite, en avant de l'apophyse mastoïde; et il apparut un nouvel abcès au même endroit, il y a un mois à peine, abcès qui a été ouvert par un médecin il y a une vingtaine de jours et dont il ne reste plus de trace au moment de son entrée à l'hôpital. L'enfant était à peu près entièrement sourd de cette oreille; il avait cependant, avons-nous dit, une bonne santé habituelle et ne se plaignait à peu près jamais de maux de tête. Le 4 janvier, il fut pris de céphalalgie vive et frontale avec vomissements, fièvre, et fut mis immédiatement au lit. Dans la première nuit après ce début, il eut trois selles diarrhéiques; depuis lors, au contraire, il y a de la tendance à la constipation. Un médecin appelé dans la famille a soupçonné une méningite dès le début et lui a fait prendre un purgatif

salin le 4 et le 6. Depuis le 4, il est pris le soir d'un délire calme, sans agitation, poussant de temps en temps des gémissements plaintifs accompagnés d'une expression douloureuse de la physionomie, qui disparaît presque aussitôt. Ne tousse pas du tout.

10 *janvier, matin*. Il est immobile dans son lit, couché sur le dos, la tête fortement déviée vers l'épaule gauche ; sa physionomie est pâle et sans expression, les pupilles sont très-dilatées et à peu près immobiles, un peu inégales, celle du côté droit étant légèrement plus dilatée. De temps en temps, gémissement plaintif et sans larmes ; il se plaint amèrement, et les traits de son visage fortement crispé, indiquent une vive souffrance dès qu'on lui remue la tête. Le ventre est rétracté, sans gargouillement, ni taches lenticulaires. Lorsqu'on l'interroge un peu vivement, il accuse simplement des douleurs de tête, évitant avec soin le moindre mouvement volontaire. Il a vomi cette nuit, mais n'a pas eu de selles ; le liquide des vomissements est simplement formé par le liquide qu'il avait ingéré. *Prescription* : cinq sangsues derrière l'oreille droite ; tisane sucrée, bouillons et potages. — Temp.: 39°; Pouls : 90, régulier.

Soir. Les sangsues ont donné beaucoup de sang, et l'on a eu du mal à arrêter l'hémorrhagie ; l'enfant a vomi tout ce qu'il a pris ; pas de selles dans la journée ; il reste toujours immobile dans son lit, les pupilles dilatées, le regard sans expression ; de temps en temps gémissements. La langue est rouge sur les bords, blanchâtre au milieu. Ventre en bateau, pas de taches, pas de contracture ni de paralysie motrice ; la sensibilité est partout très-obtuse, mais nulle part abolie. — Temp.: 40°; Pouls : 93, régulier. Rien dans la poitrine.

11 *janvier, matin*. Il vient de mourir quelques instants avant la visite. Les piqûres des sangsues ont encore un peu saigné cette nuit. Il avait eu une petite selle diarrhéique dans la soirée, et a poussé des cris méningitiques toute la nuit. Il a refusé toute boisson et vient enfin de mourir sans secousse, sans convulsions, toujours immobile dans la même position.

AUTOPSIE. D'une façon générale tous les organes des cavités thoracique et abdominale sont sains.

Cerveau. Méninges un peu congestionnées à la convexité, sans adhérences aux circonvolutions. A la base, on remarque un épaississement considérable des méninges qui recouvrent la moitié droite du bulbe, de la protubérance et du cervelet ; il ne paraît pas y avoir des adhérences entre les méninges du lobe cérébelleux de ce côté et la portion correspondante de la tante du cervelet, qui n'est nulle part perforée ; mais

elle est manifestement épaissie et plus fortement adhérente au rocher. Partout où les méninges sont enflammées, elles ont une teinte verdâtre caractéristique ; il n'y a nulle part de granulations tuberculeuses. Le cervelet étant enlevé, son lobe droit offre une fluctuation des plus évidentes et un simple coup de scalpel en fait sourdre une grande quantité de pus épais, crémeux et jaune verdâtre. Le lobe est alors réduit à une simple coque de 7 à 8 millimètres d'épaisseur, ramollie, avec une cavité centrale à paroi déchiquetée, de couleur brune, pouvant contenir une très-grosse noix et sans communication appréciable avec l'extérieur.

Le *rocher* enlevé et fendu selon son grand axe, nous révèle une otite suppurée de la caisse du tympan, qui est remplie par un magma jaunâtre caséux. On ne trouve pas de communication directe bien manifeste entre le foyer primitif de suppuration et les méninges enflammées. Cependant l'aspect sanieux des méninges qui recouvre la partie antérieure de la base du rocher, permet de supposer que la propagation s'est faite à ce niveau, où, on le sait, la paroi supérieure de la circonférence de la caisse est mince, spongieuse et traversée par de nombreux vaisseaux sanguins. Les cellules mastoïdiennes nous ont paru entièrement saines.

15. Ramollissement cortical de l'hémisphère gauche; Hémiplegie droite; par M. SABOURN, interne des hôpitaux.

Maug..., Em., âgée de 74 ans, entre à l'infirmerie de la Salpêtrière, le 1^{er} décembre 1875 (service de M. Luys), pour des accidents cardiaques.

La malade est dans un état asystolique prononcé : teinte bleuâtre généralisée des téguments, infiltration de la moitié inférieure du corps, dyspnée énorme, pouls petit, irrégulier ; râles fins dans les bases des deux poumons. Grande irrégularité des battements du cœur dont les bruits sont à peine distincts.

4 décembre, matin. On trouve la malade paralysée du côté droit, la respiration un peu soufflante ; il n'y a pas eu perte de connaissance.

Décubitus latéral droit ; commissure labiale tirée à gauche, joue droite flasque ; la langue se dévie à droite d'une façon très-nette ; rien d'anormal du côté des paupières et des yeux ; pupilles égales, pas de déviation des globes oculaires ni de rotation de la tête. Le membre supérieur droit est complètement inerte, sans raideur. La jambe droite remue encore faiblement, à la volonté de la malade.

Sensibilité très-émoussée du côté paralysé, à la face et au

bras, mais aussi très-diminuée au côté gauche. La parole est complètement abolie. La malade ne semble pas beaucoup plus abattue que les jours précédents, en dehors du manque de la parole.

5 décembre. La jambe droite remue à peu près aussi bien que celle du côté gauche; le bras droit est remué en masse, mais la malade ne peut serrer avec la main de ce côté; la langue se dévie un peu moins.

6 décembre. La malade a repris le décubitus dorsal; le mouvement est complètement revenu à la jambe; le bras droit se remue assez bien, mais la force reste à peu près abolie à la main. Il reste encore de la déviation de la langue et de la bouche; la malade, qui, la veille, ne poussait que quelques gémissements, prononce quelques mots.

7 décembre. L'amélioration est surtout remarquable pour la parole, quoiqu'il reste encore un peu d'hésitation: aucun changement dans l'état des membres supérieurs; la sensibilité n'est pas plus émoussée à droite qu'à gauche. La malade reste dans cet état quant à sa paralysie, mais l'état général est très-mauvais: la cyanose augmente et la mort arrive le 14 décembre à 5 heures du soir. Le matin, à la visite, on avait encore constaté la faiblesse du bras et de la main droite; il restait un peu de déviation de la bouche et de la langue, mais la parole était complètement revenue.

AUTOPSIE. Cerveau: Rien dans les autres parties de l'encéphale; rien dans l'hémisphère droit. Après décortication, on trouve, sur l'hémisphère gauche, un *foyer* tout récent de ramollissement rouge, large comme une pièce de deux francs, mais dont le centre seulement est complètement désagrégé, sur une largeur de deux centimètres: le centre correspond juste à la partie antérieure du lobule du pli courbe, à moitié à peu près de sa hauteur; la partie voisine de la pariétale ascendante est atteinte par le foyer; la zone de ramollissement moins profond qui entoure le foyer central, s'étend surtout sur le lobule du pli courbe; mais en écartant la pariétale ascendante, on voit que cette zone remonte sur la face adjacente de cette circonvolution, jusqu'à moitié de sa hauteur; cette partie ramollie de la pariétale est à peine visible quand les circonvolutions sont accolées; en suivant le foyer jusqu'en bas, on voit qu'il n'atteint pas la scissure de Sylvius elle-même.

Coupe. On pratique une coupe verticale et transversale de l'hémisphère passant juste par le milieu du foyer, pour voir la profondeur qu'atteint le ramollissement: la partie désagrégée dépasse légèrement la limite de la substance grise, vers les parties supérieures du foyer; mais en bas, elle est reliée

par un espace pointillé en rouge; à un petit foyer pisiforme situé dans la substance blanche qui correspond aux parties les plus déclives du lobule du pli courbe. Enfin, il existe une petite tache rouge, comme hémorrhagique, tout à fait superficielle, sans désagrégation apparente, sur l'insula, sur le prolongement du sillon de Rolando. Il n'existe aucun foyer, aucune coloration anormale, ni diminution de consistance dans les noyaux centraux de cet hémisphère gauche.

16. Hypertrophie du foie avec sclérose et dégénérescence graisseuse; par M. J. LANGLEBERT, interne des hôpitaux.

L..., âgé de 29 ans, représentant d'une maison faisant le commerce des vins, est entré le 9 janvier à la Maison de Santé (service de M. Ed. LABBÉ). Ce malade, dont le père était alcoolique, l'est également lui-même depuis longtemps; il boit quelquefois jusqu'à 5 et 6 litres de vin dans une journée et, depuis deux ans déjà, il est atteint de tremblement; il a contracté de plus, en 1873, une syphilis grave et l'on voit sur la peau des cicatrices de pustules d'ecthyma.

Nous n'avons pu recueillir aucun renseignement sur le début et la marche de l'affection, le malade étant entré en état de subdelirium et complètement incapable de répondre à nos questions: les quelques détails que nous avons pu donner sur ses antécédents nous ont été fournis par un parent qui n'avait pas vu cet homme depuis plus de deux ans.

10 janvier. En examinant le malade, on remarque d'abord un œdème assez marqué des membres inférieurs ainsi que des parois de l'abdomen sur lesquelles la pression du doigt laisse une empreinte. La face est également bouffie. Les conjonctives ont une teinte jaunâtre et la peau du corps est elle-même colorée en jaune, mais à un très-faible degré. Le malade est en état de subdelirium et on ne peut tirer aucun renseignement de ses réponses, ses mains sont un peu agitées et il y a quelques soubresauts de tendons.

Sur les parois abdominales et en particulier du côté droit existe un développement notable des veines sous-cutanées. En palpant le ventre on sent au-dessous des fausses côtes dans l'hypochondre droit une masse dure, unie, résistante, descendant presque jusqu'à la crête iliaque; on sent également le foie dans la région ombilicale et dans tout l'hypochondre gauche. Ce foie énorme, produit une voussure très-marquée de toute la partie droite de l'abdomen; il est aussi très-facile d'en reconnaître le bord antérieur et inférieur qui est net et tranchant. La pression exercée sur la région hépatique est douloureuse; il en est de même quand on appuie forte-

ment sur la région lombaire. La percussion donne des résultats analogues à ceux de la palpation, on constate ainsi que le foie remonte dans le thorax à une certaine hauteur, qu'il y a de la sonorité au-dessous de l'ombilic et dans l'hypochondre gauche, mais sans déplacement de cette sonorité quand on fait coucher le malade sur le côté gauche.

Les fonctions digestives ne présentent rien de particulier; l'auscultation du cœur ne fait percevoir rien d'anormal et l'on n'entend que quelques râles sibilants et de gros râles muqueux à la base des poumons. La langue et la gorge sont sèches, la soif très-vive. — Les urines sont rendues en petite quantité, elles sont d'un rouge foncé et laissent au fond du verre un abondant dépôt de sels terreux.

L'acide nitrique détermine une coloration verte caractéristique, et il y a en même temps une assez vive effervescence Temp. M. 37°,6; Temp. S. 38°,2.

11 janvier. L'ictère s'accroît davantage, l'état général reste le même, l'embarras de la respiration est plus considérable. Temp. M. 37°,8; S. 38°.

12 janvier. La peau prend une teinte d'un jaune assez foncé, la nuit a été agitée, le subdelirium et la trémulation des membres supérieurs sont plus prononcés. Temp. M. 37°,4; Temp. S. 37°.

13 janvier. Le malade meurt dans le coma.

AUTOPSIE. — Le foie, considérablement hypertrophié, refoule le diaphragme dans la cavité thoracique, occupe tout l'hypochondre droit, déborde les fausses côtes de 11 centimètres et descend jusqu'à la crête iliaque; il remplit également la région ombilicale ainsi que l'hypochondre gauche; il a quarante centimètres de largeur, le lobe droit mesure trente centimètres de haut, le poids total est de cinq kilog. quatre-vingt-dix gr. La surface est parfaitement lisse et d'une coloration jaunâtre, le péritoine est adhérent par places et présente en ces endroits une teinte laiteuse. Les lobules hépatiques très-hypertrophiés, se dessinent nettement à la superficie de l'organe, ils sont séparés par des tractus blanchâtres de telle sorte que leur ensemble représente une véritable mosaïque. La consistance est assez ferme. Si on déchire la substance hépatique, la surface des parties ainsi séparées est mamelonnée, ces mamelons semblent formés par les lobules hypertrophiés, leur forme est variable mais se rapproche généralement de celle d'une sphère.

Sur une coupe, on observe une coloration d'un jaune d'or un peu foncé et les doigts introduits dans l'ouverture sont teints en jaune par la bile qui suinte des parois de la coupe.

La vésicule biliaire est normale et ne renferme pas de cal-

culs ; les gros canaux biliaires ne sont nullement altérés.

L'estomac est aplati sous le foie, sa muqueuse est le siège d'ecchymoses assez larges. La rate est plus que doublée de volume et diffuente. Les reins ne sont pas augmentés de volume : on voit sur la substance corticale une coloration jaune rougeâtre disposée par petites plaques très-rapprochées ; les pyramides sont saines et se distinguent très-nettement par leur coloration foncée de la teinte jaunâtre de la substance corticale. La cavité abdominale ne contient que deux verres environ de liquide. — Le cœur n'est pas altéré, les poumons sont sains, il existe cependant un petit tubercule dur, de la grosseur d'un pois au sommet du poumon droit. Les veines et les artères sont saines.

Examen histologique, par M. CHAMBARD.

1^o On constate, avec un faible grossissement, que les lobules hépatiques sont en grande partie infiltrés de granulations graisseuses et qu'ils ne sont plus distincts les uns des autres comme à l'état normal.

2^o Examinées avec un plus fort grossissement les coupes microscopiques présentent les altérations suivantes : *espaces-ports interlobulaires*. Ces espaces sont agrandis, les canaux biliaires sont légèrement dilatés et il existe une sclérose qui, prenant naissance dans ces espaces, se prolonge jusque dans les lobules hépatiques. — *Lobules hépatiques*. Ils sont affectés de stéatose caractérisée par de grosses gouttes de graisse remplissant les lobules hépatiques et occupant la majeure partie de la surface des lobules. On rencontre encore de petits îlots irréguliers formés par des cellules hépatiques ayant subi l'atrophie simple avec pigmentation brune et disparition du noyau ; il existe dans ces îlots de petits grains amorphes de biliverdine isolés ou réunis en chapelets.

En résumé, le foie offre les caractères de la sclérose ou hépatite interstitielle avec dégénérescence graisseuse très-avancée et probablement surajoutée à la sclérose primitive. Il y a également atrophie de certaines parties du lobule comprimées par les parties voisines, ainsi que par la graisse.

Séance du 26 janvier 1877.

PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

17. Fièvre typhoïde dans le cours d'une granule. — Rétrécissement mitral ; par M. COLSON, interne des hôpitaux.

Court... Jules, chiffonnier, 19 ans, entre à l'hôpital Cochin (service de M. Bucquoy), le 18 décembre 1876.

Ce malade, atteint de point de côté gauche depuis huit jours, entre à l'hôpital avec un malaise général et une température de 40°. Il tousse depuis huit jours et rejette des crachats filants de consistance gommeuse.

L'auscultation des poumons révèle la présence de râles sibilants et ronflants dans toute l'étendue des poumons, sans souffle; — pas de matité — l'examen des organes abdominaux ne montre rien de particulier, constipation opiniâtre. — Huile de ricin, 30 grammes. On porte le diagnostic de bronchite aiguë généralisée.

Les jours suivants, les symptômes restent à peu près stationnaires. Cependant l'oppression diminue, la fièvre tombe, et la température ne s'élève pas au-dessus de 39° avec rémissions matinales de un degré très-régulières. — On donne successivement du sulfate de quinine, puis du Kermès.

21 décembre. Le malade est pris de céphalalgie, d'éblouissements, de diarrhée: la pression éveille une légère douleur dans la fosse iliaque droite, et sur le dos on constate deux taches rosées lenticulaires. On éloigne l'idée d'une simple bronchite pour porter le diagnostic de fièvre typhoïde. — A partir de ce moment et jusqu'au 15 janvier, l'affection suit son cours normal, la température est modérée, dépasse à peine 38° le soir, et reste à 37°,8 le matin; la céphalalgie est peu intense, il n'y a pas de délire; on entend dans la poitrine quelques râles sibilants. Le ventre n'est pas ballonné, la diarrhée est modérée; il y a une assez grande quantité de taches rosées, principalement sur le dos. En somme le malade a une fièvre typhoïde légère. On donne tous les deux jours un verre d'eau de seclitz, tous les soirs un lavement simple.

15 janvier. Le malade entre en convalescence, se lève, man-

ge, sans avoir présenté d'autre complication qu'une conjonctivité double avec pustule sur l'œil droit.

Le 17 janvier, la température s'élève à 40°. Le malade tousse de nouveau, sans point de côté, rejette une quantité considérable de crachats bronchiques aérés, mais légèrement adhérents au fond du vase; il y a de la submatité aux deux bases, des râles sous-crépitaux dans toute l'étendue des poumons, principalement à droite; pas de souffle. Les phénomènes de congestion pulmonaire vont sans cesse en augmentant d'intensité, la dyspnée va jusqu'à la suffocation, et le malade succombe le 23 janvier dans un état dyspnéique. — La température était montée à 40°,6, et dans les derniers jours les râles avaient fait place à une respiration faible, étouffée, sans souffle. En avant, il y avait un peu d'exagération de la sonorité.

Indépendamment de ces symptômes qui ont entraîné la mort, le malade a présenté dès son entrée à l'hôpital des signes particuliers *du côté du cœur*. — *A la pointe*, et surtout dans la ligne axillaire, on percevait un bruit de souffle sourd, prolongé, commençant exactement avec le deuxième bruit du cœur et empiétant sur le grand silence, rien pendant ni avant le premier bruit. *A la base*, au niveau de l'orifice aortique, il y a un redoublement du deuxième bruit, qu'on ne perçoit plus au niveau de l'orifice pulmonaire, à cause du claquement plus marqué des *sygmoïdes* de ce côté. Jusqu'à la mort, le souffle du deuxième temps reste le même, son timbre seul a subi quelques variations peu marquées. — Le malade n'a jamais eu d'affection rhumatismale, ses parents ne sont pas rhumatisants.

AUTOPSIE. — Rien au cerveau. — Le *péricarde* contient environ 60 gr. de liquide citrin et une plaque laiteuse située à la face postérieure du feuillet pariétal, pas d'adhérence avec le feuillet viscéral.

Le *cœur* n'est pas volumineux. Il n'a pas d'hypertrophie des parois, pas de dilatation des ventricules, l'oreillette gauche est dilatée, mais ses parois ne sont pas augmentées d'épaisseur. L'expérience de l'eau montre que les valvules aortiques sont suffisantes; elles sont saines ainsi que l'aorte.

Les valvules mitrales sont allongées, en forme d'entonnoir s'enfonçant dans le ventricule gauche; ces valvules sont épaissies sans dégénérescence calcaire, elles ne sont pas rigides et s'appliquent parfaitement l'une contre l'autre, ce qui montre qu'elles peuvent s'opposer complètement au retour du sang du ventricule dans l'oreillette au moment de la systole ventriculaire. — Leurs bords sont soudés ensemble et rétrécissent l'orifice au point qu'il ne permet plus l'introduction du petit doigt; l'ouverture mitrale mesure à peine 1 cm. 1/2.

les colonnes qui s'y insèrent ont conservé leur élasticité. Rien au cœur droit.

Les deux *plèvres* contiennent une assez grande quantité de liquide citrin. Pas d'adhérences pleurales. Les *poumons* sont volumineux, lourds, gorgés de sang. Leur surface pleurale est recouverte de granulations grisâtres de la grosseur d'un grain de chenevis. Des coupes pratiquées dans les différents sens, laissent échapper du sang noirâtre en abondance et font découvrir de grandes quantités de granulations grisâtres, analogues à celles qu'on voit sous la plèvre, très-dures, criant sous le scalpel et disséminées dans toute l'étendue des deux poumons. Nulle part il n'y a de tubercules en voie de ramollissement. Le sommet des deux poumons est emphysémateux.

Le *péritoine* contient une petite quantité de liquide ascitique citrin, mais on n'y rencontre nulle part de granulations tuberculeuses, pas de brides péritonéales. Les *ganglions mésentériques* sont tuméfiés, mais non ramollis. L'*intestin* est distendu par des gaz ; au voisinage de la valvule iléo-cœcale, les plaques de Peyer font saillie à la surface de l'intestin ; elles ont une coloration rosée, sont épaissies, indurées, cependant elles ne présentent pas de trace d'ulcération ni de cicatrisation. A la partie inférieure de l'intestin grêle et dans le cœcum il y a de nombreux follicules clos, isolés, saillants à la surface de la muqueuse, quelques-uns obliques à leur centre paraissent avoir subi un travail d'ulcération et de cicatrisation. — La *rate* est augmentée de volume, molle, diffuse ; elle présente à sa surface et dans son intérieur de nombreuses granulations grisâtres, qui ont une analogie parfaite avec celles qu'on a trouvées dans les poumons. — Rien dans les autres organes.

RÉFLEXIONS : 1° Les signes de catarrhe pulmonaire généralisé qu'on a observés à l'entrée du malade à l'hôpital concordent parfaitement avec l'idée d'une poussée granuleuse.

2° La fièvre typhoïde, dont les lésions intestinales prouvent l'existence, a enrayé momentanément la marche de la tuberculose aiguë qui a pris un nouvel essor au moment de la convalescence.

3° Ce malade offre un exemple de rétrécissement mitral, type caractérisé par un bruit de souffle diastolique à la pointe, sans insuffisance.

18. Ulcération cancéreuse de l'œsophage; communication avec la plèvre droite ; par M. BOUVERET, interne des hôpitaux.

X..., 50 ans. — Pas d'antécédents à noter. Entré à l'hôpital des cliniques, le 9 novembre. — Il est malade depuis six mois

environ. Le début de sa maladie est assez obscur et marqué seulement par une certaine gêne à avaler. Cette dysphagie augmente peu à peu : les aliments solides passent bientôt difficilement, et souvent sont rejetés par des vomissements.... vomissements alimentaires seulement, sans autre caractère, jamais de sang mêlé aux aliments. — Au moment de l'entrée à l'hôpital, les liquides passent facilement, et la dysphagie n'existe encore que pour les aliments solides. Un peu d'amaigrissement et de perte des forces. Exploration avec les boules : seule, la plus petite boule de la série peut franchir le rétrécissement qui se trouve à 37 centim. environ. L'exploration est répétée un certain nombre de fois, et, chaque fois, on constate une série de rétrécissements spasmodiques, de siège variable, mais dont le plus marqué occupe généralement la partie supérieure de l'œsophage, immédiatement au-dessous du larynx.

Cependant, les vomissements persistent ; le dépérissement s'accroît de jour en jour et la déglutition des liquides commence à devenir difficile. Soupçonnant une lésion organique de l'extrémité inférieure de l'œsophage, M. BROCA cesse les explorations. Jusqu'alors, le passage de la petite boule, dilatant mécaniquement le rétrécissement, rendait la déglutition plus facile pendant deux ou trois jours.

8 janvier. Trois semaines environ après le dernier cathétérisme, le malade se plaint d'une douleur thoracique à droite. Un peu de dyspnée ; quelques quintes de toux. Expectoration abondante ; muqueuse avec quelques points légèrement visqueux et jaunâtres. Matité dans le tiers inférieur du thorax, à droite et en arrière, en avant, sonorité thoracique normale. Les jours suivants, les signes d'une pleuro-pneumonie se caractérisent de plus en plus. — Le 12 janvier, la matité remonte jusqu'à la crête de l'omoplate ; mais cependant, en avant, la sonorité reste toujours normale, du sommet jusqu'à la base du thorax. L'expectoration est toujours très-abondante ; muqueuse mêlée de nombreux crachats sucre d'orge. Bronchoégophonie en arrière, avec râles crépitants nombreux dans les grandes inspirations, vers la partie supérieure de la zone de matité.

14 et 15 janvier. Aggravation des symptômes observés : dyspnée considérable, 40 à 50 respirations ; accès de suffocation pendant la nuit. Pouls fréquent, 120, 130, petit, intermittent et irrégulier. Les bruits pulmonaires gênent l'auscultation de la région précordiale. Teinte cyanosée de la face et des extrémités. Le 17, le malade succombe aux progrès de l'asphyxie. Notons que la déglutition des liquides fut possible, quoique déjà gênée depuis longtemps, jusqu'aux der-

niers moments : le malade prenait un litre de lait par jour et un peu de vin. Rien, dans les caractères de l'expectoration non plus que dans ceux des vomissements ne peut faire soupçonner la nature de la pleuro-pneumonie, cause de la mort.

AUTOPSIE. A l'ouverture de la plèvre droite, écoulement d'une notable quantité, deux litres environ, d'un liquide brunâtre, d'une odeur forte de vin et de lait aigri, mêlé d'une grande quantité de grumeaux blanchâtres. Adhérences pleurales dans les deux tiers supérieurs de la cavité, développées surtout en avant. Plèvres médiastine et diaphragmatique couvertes de fausses membranes gris-jaunâtres ; mélange de pus et de fibrine. Par propagation, péricardite, deux cuillères de liquide louche dans le péricarde ; fausses membranes étendues sur les deux feuillets ; langue de chat en plusieurs points. Le lobe inférieur du *poumon droit* est réduit en une sorte de bouillie gris brunâtre dans ses parties centrales : l'écorce périphérique présentait les caractères des hépatisations rouge et grise. Au centre de la partie ramollie et friable, cavité sinueuse, à parois anfractueuses qui, d'une part, s'ouvre sur la face inférieure du lobe dans la cavité pleurale, et, d'autre part, remonte en arrière vers l'œsophage avec lequel elle communique à travers un noyau carcinomateux ulcéré. Lobes supérieur et moyen engoués. Vive hyperémie des bronches correspondantes. A gauche, bronchite et congestion du parenchyme, surtout du lobe supérieur.

Abdomen. En arrière de l'estomac, entre le pancréas et la face inférieure du lobe gauche du foie, est une énorme *tumeur cancéreuse*, dépassant le volume du poing, présentant tous les caractères macroscopiques de l'encéphaloïde. Par le râclage, on y trouve les éléments ordinaires des tumeurs cancéreuses ; des coupes faites sur des parties durcies ont démontré qu'il s'agit bien d'un cancer. Cette tumeur est très-adhérente à la face inférieure du foie ; très-adhérente également à la tête du pancréas, presque complètement envahie. Prolongement de cette masse cancéreuse à travers l'orifice œsophagien du diaphragme dans le médiastin postérieur. Infiltration carcinomateuse des parois de l'œsophage : à trois cent. au dessus du cardia, gros noyau carcinomateux développé dans les parois de cet organe, long de 5 ou 6 cent., ramolli dans ses parties centrales, et ulcéré en deux points. Première ulcération postérieure tout-à-fait au-devant de la colonne vertébrale et s'ouvrant directement dans la cavité pleurale. Deuxième ulcération, s'ouvrant dans la cavité dont est creusé le lobe inférieur du poumon.

L'estomac est sain jusqu'à 3 ou 4 centim. du cardia. A ce niveau, adhérence de la paroi postérieure avec la tumeur ;

envahissement de la paroi ; ulcération carcinomateuse de 2 à 3 centim. ; hyperémie veineuse confluyente autour du cardia.

L'orifice cardiaque est perméable : on y introduit le petit doigt, mais avec un peu de résistance. La cavité de l'estomac contient une grande quantité de liquide analogue à celui que contenait la plèvre droite. — *Foie* volumineux, mais tout-à-fait sain, sauf l'adhérence de la tumeur à la face inférieure du lobe gauche. *Rate* petite, ratatinée ; adhérences multiples qui la fixent à la paroi abdominale. *Reins* sains.

Pas de cancers secondaires dans aucun organe.

Colonne vertébrale : sorte d'exostose saillante, développée au-devant de la première lombaire, en arrière de la tumeur, mais sans adhérence avec le tissu carcinomateux. Du reste, le tissu osseux des corps vertébraux est tout-à-fait sain.

RÉFLEXIONS. 1^o La tumeur principale, très-volumineuse, est située entre le foie et le pancréas. Adhérente aux deux organes. Il est probable cependant que le point de départ de la tumeur a été le pancréas. 2^o Cette tumeur, née dans l'abdomen, s'est cependant développée du côté du médiastin et tous les troubles fonctionnels observés l'ont été du côté de l'œsophage. 3^o Le cathétérisme a pu être la cause éloignée de la perforation, mais non la cause directe, puisque la dernière exploration datait de trois semaines, lors des accidents de la perforation. 4^o Cette perforation, établissant deux larges communications entre la cavité pleurale et le parenchyme pulmonaire, s'est manifestée par des symptômes insidieux : on put croire à une pleuro-pneumonie subaiguë, au moins dans les premiers jours. 5^o La cavité centrale creusée dans le lobe inférieur ne communiquait pas avec les bronches : en sorte que l'expectoration n'a jamais présenté de caractères autres que ceux d'une pneumonie. 6^o Quoique la plèvre communiquât largement avec l'œsophage, cependant il n'y eut pas de signes de pneumothorax.

19. Nécrose du calcanéum. — Lymphangite à forme gangreneuse. — Mort ; par M. LEROUX, interne des hôpitaux.

H... X..., quarante-deux ans, entre au mois de décembre dans le service de M. LE DENTU, à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Marthe, n^o 4. — Cet homme annonce que, depuis longtemps, il souffrait d'une douleur fixe au talon gauche. Deux mois avant d'entrer, un abcès se forme. Au moment de son entrée, on constate un foyer purulent, allant vers le calcanéum, et une fusée purulente allant vers la bourse séreuse du tendon d'Achille. Un drain y est passé. Un stylet, introduit dans les trajets purulents, tombe sur une surface osseuse. Celle-ci

n'appartient ni au cuboïde, ni à l'astragale, ni au scaphoïde, car la pression sur ces os est indolore ; mais au calcaneum, qui est douloureux dans toute sa face externe. De plus, nous savons que les maladies de l'astragale se portent plutôt vers le périoste en dehors ou du tibia en dedans. Au moment de l'entrée du malade, le stylet ne permet pas de constater un sillon nettement formé. Il tombe sur une surface dure, dénudée, immobile. Il y a un mois seulement, on constate la formation du sillon d'élimination, et la mobilité du séquestre.

3 janvier. M. Le Dentu se propose d'enlever l'os malade, mais il est arrêté par une légère inflammation de la plaie, devenue douloureuse.

5 janvier. Inflammation plus vive. Empâtement et douleur profonde au mollet, ressemblant à une phlébite ou une angioleucite profondes. Pas de ganglions inguinaux douloureux. Etat général moins bon. Fièvre irrégulière. Délire léger la nuit. Diarrhée considérable. Le matin, les paupières sont tuméfiées, et l'on constate une quantité notable d'albumine dans l'urine. En présence de cet état, il n'est plus possible de songer à une intervention active.

10 janvier. Délire la nuit, insomnie complète. Langue sèche. Secousses musculaires. Diarrhée. Jambe tuméfiée jusqu'au haut de la cuisse. Une lymphangite très-manifeste apparaît dans toute la longueur du membre inférieur. Albuminurie, d'un mauvais présage, et que l'on peut rattacher ou à une néphrite interstitielle ou à une dégénérescence amyloïde, en raison de la suppuration prolongée.

12 janvier. Etat général mauvais, abattement, délire la nuit, diarrhée.

Dos du pied plaque gangréneuse, qui, incisée, laisse voir à nu le squelette du tarse.

13 janvier. Même état ; affaiblissement. Cuisse couverte de larges marbrures gangréneuses.

14 janvier. Mort.

AUTOPSIE. *Calcaneum*. — Séquestre long de 4 cent. sur 3 de large, situé à la partie postérieure. Sillon d'élimination complet partout, bien que ne datant que de trois ou quatre mois au plus. Poumons sains. Rien à noter dans les autres viscères.

La partie intéressante de cette observation est l'apparition rapide d'une large gangrène envahissant tout un membre en trois jours, sous l'influence d'un état général mauvais, et de deux maladies des viscères : néphrite interstitielle avec albuminurie, et cirrhose du foie.

Examen du foie et des reins, par M. Longuet, au laboratoire de l'Hôtel-Dieu.

Reins. La substance centrale (pyramidale) est saine : dans quelques tubes cependant on trouve des globules rouges sanguins. La substance corticale est le siège d'une légère inflammation portant sur les éléments épithéliaux principalement. (Etat granuleux et trouble des cellules épithéliales. Oblitération de la lumière des canaux par des débris cellulaires). Dans beaucoup de canaux on trouve des globules du sang rouges et blancs. Le tissu interstitiel est légèrement irrité, mais il n'y a pas de néphrite interstitielle proprement dite. Pas de dégénérescence graisseuse, amyloïde ou autre.

Foie. Congestion simple du foie. Les vaisseaux sont remplis de sang, et ne se sont pas vidés. Il y a un peu d'épaississement du tissu conjonctif autour des vaisseaux sanguins et des canaux biliaires, ce qui répond à un commencement de sclérose.

20. Enchondrome primitif de la glande sous-maxillaire; par
M. G. de MARIGNAC, interne des hôpitaux.

Joséphine D..., 22 ans, domestique, entre le 20 janvier 1877 dans le service de M. THÉOPHILE ANGER, à Lourcine.

Pas d'antécédents de famille, ni d'antécédents personnels. Il y a six ans, à l'âge de 16 ans, la malade s'est aperçue pour la première fois de l'existence d'une petite tumeur, roulant sous le doigt et siégeant au niveau de la glande sous-maxillaire gauche. Elle paraît être restée stationnaire assez longtemps; mais depuis trois ans la tumeur qui était, d'après la malade, environ de la grosseur d'une noisette a augmenté de volume d'une manière graduelle et continue; ainsi lorsque M. Th. Anger vit pour la première fois la malade en octobre 1876, la tumeur était notablement moins grosse qu'au moment où la malade s'est décidée à se laisser opérer.

Etat à l'entrée à l'hôpital. — La malade présente un aspect vigoureux; elle a toujours joui d'une santé excellente. On aperçoit, sous la branche horizontale du maxillaire inférieur, du côté gauche, une grosseur assez volumineuse, envahissant toute la partie latérale de la région sus-hyoïdienne, allant depuis l'angle du maxillaire inférieur jusqu'à 3 ou 4 décimètres de la symphyse du menton. Elle proémine un peu plus lorsque la malade porte la tête en arrière que lorsqu'elle la penche en avant. La peau est complètement intacte, elle n'est pas adhérente et on peut la faire glisser assez facilement sur la tumeur. A la palpation on sent une tumeur mobile, légèrement mamelonnée, d'une consistance assez ferme, mais un peu plus marquée en certains points qu'en d'autres. Elle a une forme allongée à grand axe parallèle au bord inférieur du

maxillaire, qu'elle cache légèrement lorsque la tête est fléchie, mais que l'on peut sentir dans toute son étendue lorsqu'elle est portée en arrière. En introduisant un doigt dans l'intérieur de la bouche, on ne sent aucune déformation appréciable du plancher, et il semble que la tumeur est assez éloignée du doigt; ce n'est qu'en lui imprimant des mouvements depuis l'extérieur qu'on arrive plus ou moins à la délimiter. Cette tumeur n'a jamais causé à la malade la plus petite douleur ni la moindre gêne dans la mastication. Les mouvements du cou sont complètement libres. Ce n'est qu'en voyant l'augmentation continue de cette grosseur que la malade s'est décidée à se faire opérer. Le siège de cette tumeur, l'absence de ganglions engorgés autour d'elle, son développement excessivement lent, les signes fournis par la palpation, l'absence totale de douleurs et le maintien du bon état général, conduisaient M. Anger à admettre l'existence d'un chondrôme de la glande sous-maxillaire.

OPÉRATION le 22 janvier. Après avoir fait une incision le long du grand axe de la tumeur, M. Anger l'énucléa facilement; cependant il dut couper à la partie la plus interne et la plus profonde le point par où elle se continuait avec la partie saine de la glande sous-maxillaire. La cicatrisation de la plaie s'est faite par première intention et la malade est sortie parfaitement guérie le 5 février.

Aspect macroscopique. — La tumeur est environ du volume d'un petit œuf de poule, elle a un aspect mamelonné très-marqué, les points qui, à la palpation, paraissent les moins résistants sont d'un aspect grisâtre tandis que les autres sont un peu plus blancs. A la partie interne on la voit se continuer avec le tissu glandulaire qui est sain. — Sur une coupe faite selon le grand axe, on trouve une substance d'aspect et de consistance cartilagineux; en certains endroits on trouve des parties un peu molles, tandis qu'en d'autres on en trouve de très-dures, présentant un aspect laiteux et même au centre de la tumeur se trouvent quelques points qui paraissent comme ossifiés, et présentant l'apparence de la substance spongieuse des os. Sur la coupe, on voit que la tumeur est complètement enveloppée par une coque de tissu conjonctif, sauf à sa partie interne où elle se continue avec le tissu glandulaire.

Examen microscopique. — De nombreuses coupes montrent que l'on a affaire à un chondrôme développé dans le tissu conjonctif de la partie externe de la glande sous-maxillaire. Dans certains points on trouve tous les caractères des chondrômes hyalins, dans d'autres, ce sont au contraire ceux des chondro-fibrômes. Enfin, dans les points où se trouve le tissu osseux, le microscope montre l'existence de trabécules os-

seuses. Quant au tissu glandulaire, il a complètement disparu sauf à la partie interne de la tumeur, où l'on voit des cellules cartilagineuses s'avancer jusque dans le tissu conjonctif qui sépare les culs-de-sac glandulaires.

21. Tumeur abdominale liquide développée rapidement après une pleurésie. — Deux ponctions, puis drainage de la poche.

— **Nouvelle pleurésie. — Mort;** par MM. les D^{rs} L. Henri PETIT, et CHUQUET.

Dup..., Simon, 64 ans, courrier de poste, entre le 2 décembre 1876, à la Pitié, salle Saint-Louis numéro 18, pour une tumeur siégeant dans l'hypochondre droit et dont l'apparition remonte à un mois environ. Il y a 2 mois le malade eut une pleurésie à droite à la suite d'un refroidissement. Cette affection dura 3 semaines et disparut après l'application de deux vésicatoires. Lorsque le malade se leva pour la première fois, il avait maigri beaucoup et sa femme et lui furent frappés de la présence d'une grosseur dans le côté droit. Rien, avant la pleurésie, n'avait fait supposer son existence, si ce n'est peut-être un peu de gêne. A ce moment la tumeur était dure, indolente; depuis elle augmenta un peu, devint sinon sensible, du moins fort gênante et décida le malade à entrer à l'hôpital. — On ne peut obtenir de renseignements précis sur les antécédents de cet homme, qui a perdu presque totalement la mémoire; il croit se rappeler qu'il a eu antérieurement deux pleurésies : l'une, il y a 14 ans et l'autre il y a 2 ans; mais interrogé à plusieurs reprises, il varie sur leur durée, et finit par dire qu'il ne sait plus.

À l'entrée, la tumeur est dure, lisse, assez sensible à la palpation et fluctuante. Elle se continue avec le foie, et donne avec cet organe une matité verticale de 22 centimètres au niveau de la ligne du mamelon droit, dont 13 au-dessus du rebord des fausses côtes et 9 au-dessous. La limite inférieure de cette matité va jusqu'à la ligne médiane; en dehors elle occupe tout l'hypochondre droit et descend jusqu'à la crête iliaque. La paroi abdominale soulevée par la tumeur est un peu œdématiée.

Le malade a une teinte ictérique bien marquée, les urines toutefois ne renferment pas de matière colorante de la bile; elles sont rares et contiennent une assez grande quantité d'urates. Cet aspect du malade, les caractères et le siège de la tumeur en particulier, ses rapports avec le foie, son apparition ou plutôt son développement rapide après une pleurésie, enfin le souvenir des faits analogues observés précédemment, font diagnostiquer un kyste hydatique du foie. Les jours qui

suivent l'entrée, la douleur à la palpation et même au repos, une élévation permanente de la température, qui reste toujours au-dessus de 38° font penser que le contenu du kyste est devenu purulent.

On garde quelques jours le malade au repos; on prescrit des onctions d'onguent napolitain belladonné et des cataplasmes *loco dolenti*, et le 8 décembre on fait une ponction dans la tumeur avec l'appareil Potain. On retire 1 litre 1/2 d'un pus bien lié, rougeâtre, ne renfermant ni cholestérine, ni crochets d'échinocoques. (*Examen microscopique de M. Nepteu.*)

Les jours suivants les symptômes fébriles s'amendèrent, la température diminua, mais il survint au niveau de la tumeur, dans l'abdomen et à la peau, une hyperesthésie considérable qui persista pendant plusieurs jours; pas de signes d'inflammation de la paroi abdominale; cataplasmes laudanisés et onguent napolitain belladonné.

Le liquide se reforma bientôt et la tumeur reprit peu à peu ses dimensions premières; elle devint même plus douloureuse qu'autrefois; on le ponctionna de nouveau le 22 décembre à l'aide de l'appareil Potain; on retira à peu près la même quantité de pus; pas de crochets, mais bactéries en grande quantité. Cette ponction soulagea beaucoup le malade; mais le liquide se reproduisit avec la même rapidité; les symptômes fébriles et la douleur reparurent, et, le 5 janvier, M. Verneuil pratiqua le drainage du kyste à l'aide d'un gros trocart à travers lequel il introduisit une sonde en caoutchouc rouge munie d'un sac de baudruche à son extrémité externe pour s'opposer à l'entrée de l'air dans la poche. La sonde fut fixée à la paroi abdominale à l'aide de baudruche et de collodion. On pratiqua ensuite des injections avec la liqueur de Labarraque. Les jours suivants l'état du malade s'améliora rapidement, la température baisse de nouveau et reste aux environs de 36°, avec de légères oscillations; la douleur diminue; d'abord le tube donne passage à un liquide purulent, mais peu à peu ce liquide se clarifie, devient limpide, et il finit par faire place à une matière limpide, visqueuse.

L'examen des urines, pratiqué à plusieurs reprises depuis l'entrée, n'a jamais révélé rien d'anormal, elles sont ordinairement claires, et de temps en temps seulement renferment des dépôts d'urates, mais non cette matière rosée adhérente au vase que M. Verneuil a constatée très-souvent chez les individus atteints d'une affection hépatique. On n'a point fait leur analyse quantitative, mais on a remarqué qu'elles étaient certainement peu abondantes.

14, 15 janvier. Le malade accuse du malaise. Le 16 au matin le thermomètre marque 39° 3. On constate alors une

pleurésie à droite, avec épanchement encore circonscrit. En même temps, de limpide qu'il était, le liquide kystique redevient purulent.

A partir de ce moment l'état général s'aggrave; l'affaiblissement devient tel qu'il est impossible au malade de se tenir assis sur son lit, ne fût-ce que pour un instant, la respiration devient anxieuse et fréquente, le pouls petit, et il succombe enfin le 18 janvier dans l'après-midi.

AUTOPSIE. — La sonde est restée fixée à la paroi abdominale; en enlevant la baudruche qui l'entoure, on ne constate ni fusée purulente, ni ulcérations périphériques. A l'ouverture de la cavité abdominale on ne découvre aucune tumeur partant du foie. Ce viscère est entouré de fausses membranes résultant de péritonites anciennes; il en existe à la face convexe du foie, il en existe également à la face concave, elles sont résistantes et on constate çà et là un peu d'infiltration purulente dans leur épaisseur. L'adhérence entre la face inférieure du diaphragme et la face convexe du foie est si intime qu'on ne peut séparer l'un de l'autre ces deux organes. Des adhérences unissent également le foie au colon, surtout au niveau de l'extrémité droite. Des coupes faites en différents points du viscère séparé des parties voisines, le montrent absolument sain.

En suivant la direction de la sonde indiquée par des fausses membranes lisses, on arrive sur une tumeur volumineuse occupant la partie profonde de l'hypochondre droit et le flanc droit, qui est évidemment formée aux dépens du rein.

Cette tumeur est enlevée avec difficulté de la cavité abdominale à cause du travail inflammatoire qui s'est fait autour d'elle; elle adhère au diaphragme dans une assez grande étendue, elle adhère également au foie. Du tissu cellulaire épaissi l'unit à la partie postérieure de la cavité abdominale. Sortie de l'abdomen et débarrassée de ce qui ne la constitue pas essentiellement, on voit qu'elle est formée par le rein et son atmosphère cellulo-adipeuse.

Elle a une longueur de 19 centimètres, une largeur de 13, une épaisseur de 7, sa forme est celle que présente le rein normal, mais quadruplé ou quintuplé de volume. Il est impossible de séparer le tissu du rein d'avec celui de la capsule adipeuse: il s'est fait là, par suite de la périnéphrite chronique, un développement de tissu conjonctif tellement adhérent que rein et capsule semblent ne plus faire qu'une même masse. Il faut en excepter cependant la portion située au niveau du hile; là existe une quantité considérable de tissu adipeux au milieu duquel sont comme perdus les vaisseaux et l'uretère.

Au niveau de la partie supérieure du bord gauche du rein,

le tissu de l'organe doublé de l'enveloppe, plus amincie que dans les parties voisines, fait une saillie de la dimension d'une noix.

Cette saillie qui a dû proéminer vers l'extérieur, quand la cavité du rein était pleine de liquide, s'affaisse maintenant. Si on cherche à la déprimer avec le doigt, le tissu qui la constitue se retourne vers la cavité du rein, la saillie se change en dépression et on perçoit le choc de deux corps durs qui ne peuvent être que des calculs.

La masse est reliée à la paroi abdominale par des adhérences très-considérables qui se sont faites sur un diamètre de 4 centimètres environ. La sonde ayant un diamètre de 8 millimètres il en résulte qu'entre la paroi de la sonde et la limite des adhérences, il existe une distance de plus de 1 centimètre $\frac{1}{3}$, ce qui met bien en évidence les incontestables avantages du procédé employé par le professeur Verneuil toutes les fois qu'il s'agit de déterminer des adhérences péritonéales entre la paroi abdominale et une tumeur liquide de l'abdomen dont on veut évacuer le contenu. Le point exact par où la tumeur est reliée à la paroi, correspond à l'union du bord convexe avec la face antérieure du rein et dans le tiers inférieur.

Sectionnée verticalement dans son milieu et dans le sens de la largeur, la tumeur présente l'aspect suivant :

Elle est formée dans toute son étendue de cavités de la dimension moyenne d'un œuf de pigeon, en nombre égal à celui des cavités du rein c'est-à-dire qu'il en existe 14 ou 15 environ. Chacune de ces cavités est tapissée par une membrane rougeâtre, lisse dans la plus grande partie, tomenteuse, noirâtre et comme ulcérée par places. Elle est séparée de la cavité voisine par une cloison très-forte, offrant la dureté du tissu conjonctif, d'une épaisseur de 3 à 4 millimètres ; une épaisseur plus considérable de tissu sépare la cavité de la périphérie du rein, elle a en général 5 ou 6 millim. et par places 1 centimètre. Ces cavités sont formées par autant de calices dilatés s'ouvrant dans le bassin par un orifice de 8 à 10 millim. de diamètre, recouvert également d'une membrane rougeâtre et lisse, ulcérée en certains points.

Dans deux de ces cavités, il existe un calcul. L'un d'eux, de la dimension et de la forme d'une balle prussienne, était dans une des cavités supérieures ; il avait été fragmenté en plusieurs parties. Le morceau le plus volumineux, très-dur, présentait une cavité centrale. La réunion de tous les débris trouvés était loin de former un volume semblable à celui qu'annonçait le plus gros des fragments. L'autre calcul était d'un volume égal mais plus irrégulier.

La sonde pénètre dans une des cavités les plus grandes de la partie inférieure.

Le bassinnet n'est pas très-volumineux ; il a une longueur de six à sept centimètres. Il est recouvert d'une membrane analogue à celle des calices.

Dans le *bassinnet et les calices* on trouve cent grammes environ de pus ressemblant à de la boue très-foncée, exhalant peu d'odeur. La sonde donnait un libre écoulement au liquide de toutes les cavités ; or, comme il n'existait aucune ouverture dans les parois, il est logique d'admettre que le liquide tombait d'abord dans le bassinnet et pénétrait ensuite dans la cavité qui recevait le tube ; de là il s'écoulait au dehors.

Quant au *tissu du rein*, il n'en existe plus qu'une mince coque enveloppant tout l'ensemble du calice dilaté ; on n'y trouve plus de traces de substance corticale ni de substance médullaire et il est même impossible à l'œil nu de faire la part du rein et de l'enveloppe celluleuse. En remontant dans l'*uretère* à partir de la vessie, avec un stylet fin, on trouvait à l'union du tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs un point impossible à franchir. En prenant l'uretère par en haut, le même obstacle se rencontrait. Il existait donc là une oblitération. En ouvrant l'uretère, on trouve, en ce point, absence complète de cavité, et un tissu grisâtre présentant les traces d'une inflammation qui n'est pas encore très-ancienne. En aucun point il n'existait de calcul. La tunique celluleuse de l'uretère, depuis la vessie jusqu'au bassinnet, est triplée en épaisseur.

Le *rein gauche* est augmenté de volume ; il a une longueur de 14 centimètres, il est légèrement graisseux, ne renferme pas de calcul. L'uretère qui en part est absolument sain. — La *vessie* ne présente de particulier qu'une exulcération de la muqueuse près de l'embouchure de l'uretère oblitérée. La *rate* est plus grosse que normalement ; la capsule est épaissie et blanchâtre. — L'intestin est normal.

Cavité thoracique. La plèvre droite est remplie entièrement par un liquide louche où nagent des flocons de pus. Sur les parois de la cavité pleurale sont des fausses membranes qui paraissent anciennes ; elles sont comme villeuses par leur face interne et tapissées d'une couche de pus. Le poumon surnage le liquide, il n'est rattaché par aucune adhérence à la cavité thoracique. Il occupe à peine la moitié de son volume normal. Le parenchyme lui-même ne présente aucune altération.

Entre la tumeur abdominale et la cavité pleurale, il n'existait aucune communication ; la pleurésie, en supposant qu'elle ait été la conséquence de l'inflammation développée autour de la tumeur, s'est donc faite par propagation. A gauche, il existe

de vieilles adhérences unissant les feuillets pleuraux au sommet et à la base. Le poumon, sain d'une manière générale, offre à son sommet des dépressions qui semblent correspondre à de petites cavernes cicatrisées. Au milieu du tissu cicatriciel, il existe un noyau crétacé de la dimension d'une petite aveline.

Le cœur est sain, sauf qu'il existe un peu d'athérome au niveau des valvules. La cavité encéphalique ne présente rien de particulier.

22. Rétrécissement et insuffisance mitrale — Rétrécissement et insuffisance tricuspide; par M. Charles LEROUX, interne des hôpitaux.

Char... Edmond, 24 ans, entre vers le mois d'octobre, dans le service de M. DUMONT-PALLIER, à l'hôpital de la Pitié, pour une affection cardiaque de date déjà ancienne. Ce malade, en effet, nous raconte que trois ou quatre fois, il a été obligé d'entrer à l'hôpital pour de violents accès, consistant surtout en palpitations, essoufflement, œdème des membres inférieurs.

Dans ses antécédents, Ch... n'accuse rien qui explique l'affection cardiaque dont il est actuellement atteint. Jamais il n'eut de rhumatismes, jamais de fièvres graves qui l'aient obligé à garder le lit.

Il ne sait à quoi ni à quelle époque rattacher le début de sa maladie. Depuis très-longtemps, il avait la respiration courte et se fatiguait rapidement. Trois ou quatre fois, en l'espace de plusieurs années, il est entré à l'hôpital pour ces mêmes accidents qui, sous l'influence du repos et d'un traitement approprié, disparaissaient à peu près complètement; aussi sortait-il presque guéri. Vers le milieu de 1876, il est pris de palpitations violentes et d'un œdème considérable des membres inférieurs, ce qui l'oblige de nouveau à entrer dans le service de M. Dumontpallier.

Ce malade était donc depuis longtemps dans la salle, lorsque nous l'examinons dans les premiers jours de janvier, époque à laquelle nous constatons chez lui, les symptômes suivants: un œdème considérable des membres inférieurs du scrotum et des parois abdominales, l'empêche de quitter un fauteuil où il reste nuit et jour; le ventre est distendu par la présence d'une assez grande quantité de liquide péritonéal; la respiration est gênée; le malade présente un facies asphyxique, les lèvres sont bleuâtres, les ailes du nez pincées, un teint jaunâtre-pâle, les conjonctives offrent un reflet jaune, (ictère hémaphéique); la peau est sèche et écailleuse, mollassée, œdémateuse, il semble qu'il y ait un certain degré d'infiltra-

tion généralisée; les extrémités sont froides, violacées, le pouls est petit, à peine perceptible, on constate des faux pas. A l'examen du cœur, on trouve peu de déformation de la paroi thoracique antérieure, un frémissement cataire très-nettement perceptible à la palpation, et des battements exagérés de la pointe, une augmentation de la matité dans la région précordiale.

L'auscultation démontre : 1° un bruit de souffle systolique occupant toute la systole ventriculaire, rude, râpeux, s'entendant au maximum, au niveau de la pointe, se prolongeant non-seulement dans l'aisselle, mais dans toute la région précordiale; 2° un bruit de souffle diastolique, commençant immédiatement après le souffle systolique, allant en augmentant d'intensité et subissant un renforcement très-net vers sa fin, autrement dit bruit de roulement et souffle présystolique, également rude et râpeux. Il occupe la pointe et s'étend dans toute la région précordiale. Les lésions anatomiques rendent bien compte de la dureté et de l'intensité de ces souffles. L'auscultation des foyers du cœur droit ne fournit rien de précis; on trouve bien des bruits de souffle, mais on les rapporte naturellement au cœur gauche, et en raison des caractères des souffles, on pense à des lésions valvulaires avancées. Quant au cœur droit, on ne constate pas, à cette époque, de signes caractéristiques de lésions. Toutefois, à l'époque de l'entrée du malade, c'est-à-dire quatre à cinq mois auparavant, on a pu apercevoir nettement, deux symptômes importants : les battements systoliques des veines jugulaires et les soulèvements systoliques du foie.

Dans les derniers jours, ces deux symptômes n'étaient plus perceptibles. Les jugulaires gonflées, volumineuses, offraient des soulèvements en rapport avec la gêne extrême de la respiration, plutôt que des soulèvements systoliques; le foie n'était plus perceptible, vu l'œdème des parois abdominales et l'ascite considérable. — Le diagnostic complet était donc insuffisance et rétrécissement de la valvule mitrale et insuffisance secondaire de la valvule tricuspide.

Outre ces symptômes, on trouvait une congestion pulmonaire très-intense, une gêne extrême de la respiration, augmentée par un épanchement pleural à droite; des troubles dyspeptiques assez marqués.

Les urines, rares, laissent déposer des épithéliums et une matière rougeâtre, rosée, adhérente aux parois du vase, désignée sous le nom d'acide rosacique; pas d'albumine dans les urines, sauf pendant les derniers jours. L'état grave de ce malade restait à peu près stationnaire depuis quelque temps lorsque, le 20 janvier, il meurt d'une syncope.

AUTOPSIE. — Dans le péricarde, environ deux verres de liquide séreux; pas de fausses membranes.— Le cœur (1) offre une augmentation de volume considérable aux dépens des oreillettes.

Cœur gauche. L'oreillette est très-dilatée, ses parois sont plus épaisses qu'à l'état normal; elles ont jusqu'à 5 1/2 à 6 millimètres d'épaisseur. Sur sa face externe on rencontre quelques petites ecchymoses. Sa face interne présente une vaste plaque calcaire d'un millimètre d'épaisseur et de plus d'un centimètre carré de superficie, soulevant l'endocarde qui la recouvre; çà et là d'autres petites plaques analogues mais plus petites; elles sont très-nombreuses au niveau de l'auricule et vers la base des valvules; quelques petits caillots fibrineux adhèrent au pourtour de ces calcifications. *Orifice auriculo-ventriculaire gauche.* Vu par sa face supérieure il offre à peine un pertuis de 5 à 6 millimètres de diamètre, bordé par la face supérieure des valves infiltrées de plaques calcaires adhérentes les unes aux autres par leurs bords et formant un petit dôme crétifié. Au niveau de ces rugosités on voit des petits caillots fibrineux. *Ventricule gauche.* Quelques plaques blanches laiteuses sur sa face externe. Sa cavité n'a pas augmenté de capacité. Ses parois ont à peu près leur épaisseur normale; l'endocarde ne présente pas de lésion semblable à celles qu'on trouve sur l'endocarde de l'oreillette. Les colonnes charnues semblent moins volumineuses. Les cordages sont rétractés, quelques-uns soudés ensemble. L'orifice auriculo-ventriculaire, vu de ce côté, est complètement déformé et rétréci; les valves adhérentes par leurs bords, immobilisées, circonscrivent un orifice circulaire de 5 millimètres environ de diamètre et non dilatable. On ne trouve pas, sur la face inférieure, des valves de plaques crétacées. En résumé, l'orifice laissé libre ne peut ni s'ouvrir, ni se fermer davantage, d'où rétrécissement et insuffisance. Orifice aortique normal. Une plaque laiteuse au-dessus d'une valve sigmoïde.

Cœur droit. L'oreillette droite présente une dilatation bien plus marquée que l'oreillette gauche. Ses parois plus épaisses qu'à l'état normal ont au maximum 3 1/2 à 4 millimètres d'épaisseur. Sur l'endocarde de l'oreillette quelques plaques blanches laiteuses, mais pas de crétification. *L'orifice tricuspidal* est rétréci; les valves sont épaissies, dures, adhérentes par leurs bords, laissant entre elles un orifice triangulaire de 13 à 15 millimètres de côté; il n'y a aucun dépôt calcaire. Le *ventricule droit* présente une cavité et des parois normales.

(1) La pièce a été déposée au musée Dupuytren.

On retrouve, vu inférieurement, ce même orifice triangulaire; les cordages sont immobilisés, quelques-uns adhérents entre eux. L'orifice de l'artère pulmonaire est sain. En résumé, l'orifice auricule-ventriculaire droit est rétréci et insuffisant. Le rétrécissement, toutefois, est bien moins marqué que pour le cœur gauche. Les lésions sont également bien moins avancées.

Reins volumineux; capsule peu adhérente; surface externe grossièrement lobulée. A la coupe, injection rouge violacée de la substance médullaire, coloration moins rouge de la substance corticale qui semble empiéter et comprimer la substance médullaire; consistance très-grande du tissu rénal qui crie sous le scalpel. *Foie* augmenté de volume, résistant à la coupe et laissant écouler une grande quantité de sang. Il présente des points rouges foncés, entourés de parties grisâtres; c'est un foie muscade. *Rate* congestionnée, dure. *Poumons* congestionnés des deux côtés; un foyer de pneumonie à gauche; un litre de liquide dans la plèvre droite.

REMARQUES. — Les lésions du cœur gauche sont évidemment fréquentes, mais, assez rarement, elles atteignent un degré aussi marqué que dans le cas actuel; rarement les rétrécissements sont aussi serrés, et on n'observe pas souvent des lésions aussi intenses de l'endocarde auriculaire. Les plaques calcaires et un rétrécissement aussi serré dénotent une endocardite chronique de date ancienne. Ce qui rend cette observation intéressante, surtout au point de vue anatomo-pathologique, ce sont les lésions concomitantes du cœur droit, qui, elles aussi, sont arrivées à un degré très-avancé. Le rétrécissement tricuspide est par lui-même un fait rare, quoi qu'on puisse compter les quelques observations qui existent. Mais, quelle a été la cause de ces lésions survenant sur un sujet de 24 ans? Nous n'avons pu en trouver une satisfaisante; pas de rhumatisme, pas de fièvres graves. On ne peut songer à une endocardite fœtale: cette affection siège en effet surtout sur le cœur droit; et, ici, la lésion du cœur droit, en raison de ses caractères et du degré bien moins avancé des lésions, ne peut être que consécutive à celle du cœur gauche.

En un mot, il s'agit d'une insuffisance et d'un rétrécissement mitral très-serré, survenant chez un individu jeune, sans cause appréciable, et se compliquant ultérieurement d'un rétrécissement avec insuffisance tricuspide.

23. Cancer des deux ovaires, avec cancer consécutif du péritoine et de la plèvre droite, sans aucune communication des lésions des deux séreuses entre elles ; par M. BOUSSE, interne des hôpitaux.

Back... (Reine), 44 ans, ménagère, entre le 22 janvier 1877, à l'hôpital Saint-Antoine, salle Sainte-Adélaïde (service de M. LANCEREAUX).

23 janvier. Le matin, à la visite, on constate les phénomènes suivants : le facies est amaigri, les pommettes sont saillantes, les yeux excavés.

Les côtes font relief. Les espaces intercostaux sont déprimés. L'abdomen est volumineux mais, au lieu de présenter la forme globuleuse de l'ascite ordinaire, il a la forme d'un thorax de gallinacée ; autrement dit, il est en carène. Les parois abdominales sont très-œdématisées ; mais les veines, contrairement à ce qui a lieu dans la cirrhose, sont peu marquées. Les membres inférieurs sont également œdématisés. Le membre supérieur droit est aussi atteint d'œdème ; le gauche n'est qu'amaigri. L'*abdomen* n'est grossi que depuis cinq semaines. Son développement a précédé l'œdème des membres inférieurs, celui-ci l'œdème du bras droit.

La malade est couchée sur le côté droit. Elle ne peut se déplacer, ni l'être facilement. La pression de la région sous-ombilicale provoque de la douleur. A la percussion, matité dans la plus grande partie de l'abdomen. Cependant les renseignements fournis par ce mode d'exploration sont peu précis vu l'œdème considérable des parois abdominales et la difficulté de placer la malade dans le décubitus dorsal.

Le foie paraît avoir son volume normal ; sa matité se confond, au niveau de sa limite supérieure, avec une matité absolue de la région antérieure du poumon droit.

La malade présente une dyspnée considérable, mais elle ne crache pas ni ne se plaint de points de côté. L'exploration physique révèle une matité complète avec absence du murmure vésiculaire en avant et en arrière du poumon droit. Pas d'égophonie. — Apyrexie complète. — L'examen du cœur est négatif.

Incontinence d'urine. Pas d'albumine dans les urines. — Quoique jeune encore, la malade a vu ses règles supprimées depuis quelques années. Cependant elle a eu cinq enfants. Par le toucher vaginal on constate un col petit et normal et des cybales dans le rectum. Rien à noter du côté du tube digestif.

AUTOPSIE. A l'ouverture de l'abdomen, il s'écoule dix litres environ d'une sérosité jaunâtre. Les deux ovaires apparaissent, chacun du volume d'une tête de fœtus, de chaque côté de l'utérus. Ils sont allongés dans le sens vertical et lobulés. La partie supérieure de l'*ovaire droit* est jaunâtre et solide. A l'incision on constate la présence d'une masse jaune analogue à de la matière encéphalique ramollie. Cette masse est composée de plusieurs lobes. La partie inférieure ramollie laisse échapper un liquide puriforme.

L'*ovaire gauche* est formée de trois parties. La supérieure est solide, l'inférieure liquide, l'intermédiaire solide et liquide. Le liquide est également puriforme, la substance solide est molle et jaunâtre comme du côté opposé.

Dans les deux ovaires les parois des poches purulentes sont tapissées de végétations jaunâtres de même nature que les masses solides. L'utérus est intact. A la partie antérieure et postérieure il existe quelques végétations verruqueuses du péritoine. Les deux trompes sont distendues par du liquide : leurs extrémités adhèrent aux ovaires. Le péritoine pariétal de l'abdomen est couvert de fausses membranes fort épaisses, dont quelques-unes sont pigmentées, noires, d'autres cramoisies. Le péritoine viscéral est simplement injecté ou pigmenté. Il présente de plus quelques grains néoplasiques.

Le *foie* est un peu congestionné et un peu gras. La vésicule biliaire contient une bile brune, analogue à de la mélasse. Le *péritoine hépatique et le diaphragmatique sont sains*.

Le *pancréas* est dur, sclérosé et stéatosé. A la coupe, surface lisse et jaune. Les *reins* sont petits et indurés. Les bassinets dilatés. *Rale saine*. Les glandes lymphatiques, sur le trajet de l'aorte, sont indurées, lobulées et d'apparence caséuse. Le *cœur droit* est un peu dilaté. Cet organe est rempli de sang noir (ce qui semble indiquer que la mort a eu lieu par asphyxie). Il est un peu gras.

A l'ouverture du thorax, la *plèvre droite* est remplie d'un liquide sanguinolent. Le poumon correspondant, fixé à la partie supérieure de la poitrine, est affaissé et revenu sur lui-même. La plèvre viscérale est épaissie (ce qui aurait rendu la perméabilité du poumon difficile si la survie eût permis la thoracanthèse). Sur un point, elle présente une fausse membrane, épaisse, lardacée, d'apparence cancéreuse. La plèvre pariétale est épaissie et le siège de végétations cancéreuses disséminées çà et là, les unes du volume d'une lentille, les autres d'un pois. La *plèvre gauche est saine*. Il n'y a pas d'épanchement. Le poumon gauche est œdématié. Rien de particulier à noter dans les ganglions bronchiques.

RÉFLEXIONS. — L'intérêt de cette observation réside non-

seulement dans le volume à peu près égal des deux tumeurs, tandis qu'ordinairement un des néoplasmes est plus petit que l'autre, et dans l'intégrité de l'utérus, mais principalement dans la manifestation cancéreuse de la plèvre, sans que l'on puisse invoquer l'extension de la lésion péritonéale à la séreuse pleurale.

24. Phlegmatia alba dolens double avec plaques de gangrène humide, survenue dans le cours d'une fièvre typhoïde et consécutive à une thrombose ascendante, dont l'origine était une eschare de la région sacrée; par Charles LEROUX, interne des hôpitaux.

Moug... Berthe, 17 ans, couturière, entre le 29 décembre 1876, dans le service de M. DUMONT-PALLIER, à l'hôpital de la Pitié. Cette femme était arrivée environ au douzième jour de sa maladie, lorsqu'on l'examine au 1^{er} janvier. Elle présente alors une fièvre assez vive, un pouls petit et rapide, une peau chaude et sèche, un ventre fortement ballonné. On constate en outre du gargouillement dans la fosse iliaque droite, quelques taches rosées lenticulaires, çà et là sur l'abdomen. La malade a, de plus, une diarrhée assez abondante, une langue rouge aux bords et à la pointe, une toux fréquente, quelques râles de bronchite à l'auscultation, de la céphalalgie, un peu de dureté de l'ovaire, la parole lente et un abattement assez marqué; en un mot, elle présente un état typhique très-net. Elle est maigre et chétive; on apprend en outre, qu'avant sa maladie, elle se nourrissait mal et menait une vie irrégulière.

Les jours suivants, ces symptômes s'accroissent; la diarrhée continue et s'accompagne d'incontinence, la toux est plus fréquente, la température toujours élevée; 39°.5 en moyenne le matin, et 40° et même au-dessus le soir. Les lèvres et la langue se couvrent de fuliginosités. La journée est calme, mais, le soir, la malade est agitée et délire légèrement. On lui fait des lotions froides avec de l'eau vinaigrée et on la soutient avec des bouillons et des potages; néanmoins son état s'aggrave.

5 janvier. On constate au niveau de la région sacrée une rougeur intense et une érosion superficielle qui s'accroît rapidement les jours suivants en superficie et en profondeur au point d'avoir, vers le 12 janvier, une étendue de 8 centimètres et de mettre à nu le sacrum au fond de la plaie. A partir de ce moment son état s'aggrave plus rapidement. L'amaigrissement est plus marqué, les yeux s'excavent, les traits se tirent, la langue, les lèvres et les dents sont enduites de fuliginosités épaisses, son abattement devient plus grand, sa parole plus traînante, ses bras sont agités de soubresauts fré-

quents; elle est enfin dans un état d'adynamie profonde.

16 *janvier*, c'est-à-dire onze jours après le début de l'eschare et le vingt-neuvième jour de la maladie, on constate un œdème du membre inférieur gauche, œdème qui l'envahit bientôt jusqu'à sa racine. Deux jours après, œdème analogue du côté droit. Les deux membres sont volumineux; la peau est tendue, blanche, sèche, la palpation est douloureuse; aussi ne recherche-t-on pas activement l'état des artères, ni même celui des veines superficielles. On est en présence d'une véritable phlegmatia alba dolens double.

19 *janvier*, la face interne des deux genoux présente une coloration violacée particulière; la peau est marbrée et offre une teinte ecchymotique; le lendemain s'éliminent par parcelles de petits lambeaux sphacelés, laissant à nu une ulcération de la peau peu profonde. Il s'agit là de plaques de gangrène humide. L'état général est toujours grave, la température toujours élevée. Ce même jour, on remarque que la région trochantérienne à droite et à gauche offre cette même coloration ecchymotique, mais on ne constate pas encore d'érosions.

22 *janvier*, l'amaigrissement devient plus marqué; le balonnement existe toujours; la diarrhée est encore abondante; le pouls est petit, vif dépressible; les battements du cœur sont précipités, les bruits sourds, mais il n'y a aucun souffle; de nombreux râles muqueux et sibilants s'entendent dans toute la poitrine. Jamais elle n'eut d'hémorrhagies soit nasales soit intestinales, pas de douleur abdominale spontanée, affaïssissement cérébral, délire tranquille.

23 *janvier*, les eschares des genoux sont plus étendues; pas encore d'ulcération au niveau des trochanters, mais coloration violacée marbrée des deux pieds; pâleur extrême de la face, excavation plus profonde des yeux, refroidissement des extrémités, température toujours élevée du thorax et de l'abdomen.

Dans la journée du 24 *janvier*, son état est très-grave. Elle ne tousse plus, n'expectore pas, on constate de gros râles dans les bronches, la diarrhée semble arrêtée; le pouls est petit et très-vif, il n'y a aucun souffle cardiaque, les bruits sont sourds, la respiration est gênée, les lèvres légèrement bleuâtres. Le soir, elle succombe à l'adynamie, sans syncope ni embolie pulmonaire.

AUTOPSIE. — L'*intestin grêle* présente dans son dernier mètre quelques ulcérations caractéristiques; toutefois ces ulcérations, au nombre de 10 à 12, sont petites et plusieurs d'entre elles en voie de cicatrisation; on en trouve 5 à 6 réunies près de la valvule iléo-cœcale. Le gros intestin est

congestionné en différents points. La *rate* est augmentée de volume, congestionnée. Le *cœur* n'offre aucune lésion valvulaire, mais ses parois sont pâles et présentent une dégénérescence grasseuse assez nette. Pas de caillots dans les artères pulmonaires. Dans les poumons, un peu de broncho-pneumonie; par la pression on fait sourdre des bronches quelques gouttelettes de liquide puriforme, aéré. Les *reins* sont de volume normal, un peu gras. Le *foie* est congestionné et légèrement stéatosé.

Les lésions les plus intéressantes portent sur les vaisseaux des membres inférieurs. Les artères sont petites, revenues sur elles-mêmes, sans caillots ni lésions dans leur intérieur; les veines, au contraire, présentent des lésions importantes. On découvre en premier la veine cave inférieure qui, dans ses trois ou quatre centimètres terminaux, est remplie par un caillot fibrineux bien organisé mais non adhérent à ses parois, et qui, par son extrémité supérieure, se termine en s'effilant légèrement. Inférieurement, au contraire, le caillot se continue sans changement de caractères dans les deux veines iliaques primitives droite et gauche.

Du *côté gauche*, le caillot fibrineux se prolonge ainsi dans l'iliaque primitive jusqu'à sa bifurcation en iliaque externe et hypogastrique. Là, le caillot se bifurque également, mais sans changer de caractères. Dans l'iliaque externe, il reste encore fibrineux dans l'espace d'un centimètre à peine, et, subitement, de fibrineux et blanchâtre, il devient rouge, mou, crurorique, non adhérent aux parois veineuses. Ce caillot crurorique descend jusqu'à l'arcade fémorale, se prolonge dans la veine fémorale superficielle, dans la fémorale profonde, la saphène et ses accessoires. En un mot, toutes les veines du membre inférieur gauche sont remplies jusqu'à la partie inférieure de la cuisse, d'un caillot crurorique d'autant plus mou et plus récent qu'on s'éloigne davantage de la racine du membre. Dans la veine hypogastrique, toujours à gauche, l'aspect du caillot est le même que dans l'iliaque primitive, c'est-à-dire que le caillot fibrineux se continue dans l'hypogastrique et ses branches; deux d'entre elles sont fortement distendues, ce sont la fessière et l'ischiatique que, par la dissection, on peut suivre jusqu'à l'échancrure sciatique et même au-delà jusqu'aux tissus ramollis de l'eschare où les veines se mêlent aux débris gangréneux de la plaie. Leurs parois sont épaissies, dures, lardacées, adhérentes par leur surface externe aux tissus voisins et par leur surface interne au caillot fibrineux qu'elles entourent. Dans la veine qui se rend au trou obturateur on ne trouve qu'un caillot rougeâtre mais assez résistant.

Du côté droit, des lésions absolument identiques sont constatées; caillot fibrineux dans l'iliaque primitive droite se continuant dans l'hypogastrique et ses branches jusqu'à l'eschare; caillot cruorique dans l'iliaque externe, la fémorale, la saphène, etc.

Quelques différences toutefois doivent être signalées soit dans l'âge des caillots, soit dans les caractères des lésions en divers points. Ainsi, les caillots du côté gauche semblent être plus résistants que ceux du côté droit; les caillots des veines fessière et ischiatique gauches, paraissent plus organisés que ceux de droite. Il existe, de plus, un léger degré de ramollissement du caillot fibrineux au niveau de la bifurcation de l'iliaque primitive gauche, et l'écrasement du caillot en ce point laisse voir nettement du liquide purulent de couleur gris foncé; léger ramollissement au niveau de la bifurcation de la veine cave inférieure, ce qui a facilité la déchirure du caillot en ce point. Du côté droit pas de ramollissement aussi net. Enfin, les branches veineuses de l'hypogastrique, soit à droite, soit à gauche, sont d'une dissection difficile; c'est avec peine qu'on les isole des parties voisines, relativement à la facilité avec laquelle on isole les autres veines, il semble qu'il y a là un peu de périphlébite.

En résumé, si on se reporte aux caractères de ces lésions, on est conduit à admettre, dans leur production, la marche suivante: inflammation des veines, phlébite au niveau de l'eschare, c'est-à-dire portant surtout sur les veines fessière et ischiatique; coagulation veineuse et, de là, thrombose ascendante dans l'hypogastrique, l'iliaque primitive et la veine cave inférieure; secondairement, obstruction par thrombose de la veine iliaque externe et des veines du membre inférieur. De plus, il est très-probable que cette marche dans les coagulations s'est effectuée identiquement et simultanément à droite et à gauche, car les lésions sont analogues et à peu près de même âge; un peu plus avancées toutefois pour le côté gauche.

La pointe du sacrum et le coccyx, dénudés au fond de la plaie, présentent une coloration verdâtre et sont infiltrés de pus; les veines qui sont anastomosées, les veines ischiatiques et les veines rachidiennes présentent quelques caillots très-mous et de date très-récente.

RÉFLEXIONS. — Cette observation offre un intérêt tout particulier non pas parce que la phlegmatia alba dolens, quoique très-rare dans la fièvre typhoïde, n'a pas été signalée, mais parce que, jusqu'alors, on ne lui avait pas assigné cette anatomie pathologique. En effet, depuis les observations, incomplètes il est vrai, de Bourgeois, d'Etampes, (1857); le mémoire

de Patry qui se rapporte surtout aux cas d'artérite avec gangrène plus ou moins étendue et celui de Gigon, d'Angoulême, sur l'œdème avec ou sans gangrène des membres inférieurs succédant à une obturation veineuse ou artérielle, on a publié quelques rares faits de phlegmatia dans la fièvre typhoïde; mais dans aucun cette complication n'a été attribuée à une thrombose ascendante ayant eu pour origine une escharre de la région sacrée. Dans les traités classiques la phlegmatia est également signalée, mais elle est attribuée en général à une coagulation spontanée, cachectique du sang dans les veines. Cette interprétation peut être vraie pour un certain nombre de faits; mais nous croyons que plusieurs des cas de phlegmatia dans la dothiéntérie rapportés à une coagulation spontanée, auraient pu s'expliquer par une thrombose partie de l'eschare sans avoir recours à l'inoxémie, sinon comme cause adjuvante. Quoiqu'il en soit il faut faire une place à cette nouvelle variété de phlegmatia alba dolens survenant dans le cours d'une fièvre typhoïde.

25. Election

M. BOUILLY est nommé *membre honoraire* de la Société.

Le Secrétaire,

R. MOUTARD-MARTIN.

FÉVRIER

Séances de février 1877.

PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

1. Athérome artériel généralisé ; — dilatation de la crosse de l'aorte ; — insuffisance relative de l'orifice aortique ; — accidents d'asystolie ; par M. H. BARTH, interne des hôpitaux.

Mourat (Nicolas), 56 ans, charretier, entre le 24 janvier 1877 à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. FERNET. Cet homme, bien constitué et d'une bonne santé habituelle n'a pas d'antécédents rhumatismaux ; il est depuis de longues années adonné à l'usage des liqueurs alcooliques. Il s'est bien porté et n'a ressenti aucun malaise jusqu'à l'été dernier ; vers le mois de juillet, à la suite d'un refroidissement, il a été pris de point de côté à gauche et d'oppression ; il ne s'en est pas inquiété d'abord et a continué ses occupations, mais peu à peu la dyspnée a augmenté et est devenue telle que le moindre exercice un peu violent amenait des accès de suffocation. Le malade a lutté aussi longtemps qu'il a pu ; enfin, voyant ses forces diminuer chaque jour il s'est décidé, vers la fin du mois dernier, à cesser tout travail et à garder le repos chez lui. Il n'en a pas éprouvé de soulagement ; au contraire, l'oppression est devenue assez intense pour rendre le décubitus dorsal impossible et nécessiter la position assise ; en outre, il est survenu de l'œdème des jambes, qui, depuis quinze jours, a gagné les cuisses, le scrotum et les parois abdominales.

Au moment de son entrée le malade est dans un état complet d'épuisement ; la face est bouffie et légèrement cyanosée ; les membres inférieurs présentent un œdème considérable.

Le pouls, bondissant, mais peu dépressible, inégal et irrégulier, bat 96 ; — la pointe du cœur, difficile à reconnaître, pa-

raît occuper le 5^e espace intercostal, à un travers de doigt au-dessous et en dehors du mamelon; le choc précordial est peu énergique; la matité cardiaque ne paraît pas notablement accrue. A la base du cœur le premier bruit est sourd, le deuxième bruit est remplacé par un souffle doux, prolongé, aspiratif remplissant tout le grand silence et révélant nettement une *insuffisance aortique*; — à la pointe, le premier bruit est soufflant; le deuxième bruit prend à la fin de chaque expiration un timbre piaulant tout particulier. Il n'y a pas de signes positifs d'insuffisance tricuspidiennne. On ne constate pas de surcharge des jugulaires, pas de pouls veineux, pas de battements hépatiques; le foie ne dépasse pas le rebord des fausses côtes.

L'examen du thorax révèle une matité prononcée à la partie inférieure du côté gauche, en arrière; il y a affaiblissement marqué des vibrations thoraciques dans la même région, un peu d'égophonie au niveau de l'angle de l'omoplate, plus bas, diminution du murmure respiratoire, sans souffle.

Du côté droit, la sonorité est bonne, légèrement tympanique à la base; la respiration s'entend bien dans toute la hauteur, mêlée de quelques râles muqueux disséminés.

Il y a un peu de toux, sans expectoration notable; la dyspnée est extrême et va presque jusqu'à l'orthopnée.

L'appétit est très-diminué; il n'y a pas de troubles digestifs, pas de diarrhée. Le malade accuse de fréquents besoins d'uriner, les urines peu abondantes (450 gr. environ par 24 heures), se troublent par le refroidissement; elles renferment beaucoup d'acide urique mais ne sont pas albumineuses.

D'après l'ensemble des symptômes, on diagnostique une *insuffisance aortique*, à développement latent, avec *affaiblissement cardiaque* consécutif, lié probablement à une altération athéromateuse du système artériel. (Traitement: infusion digitale 0,50; chiendent; rég. lacté.)

30 janvier. La dyspnée a diminué; les battements cardiaques sont plus énergiques et le choc de la pointe est facilement perceptible dans le 5^e espace intercostal, au-dessous et très en dehors du mamelon. — Les battements sont ralentis et les bruits du cœur beaucoup plus aisés à discerner; à la *base* on a, au premier temps, un souffle rude et bref, suivi au deuxième temps d'un souffle doux prolongé dans le grand silence; — à la *pointe* on a un souffle au premier temps, parfaitement net, ayant son maximum au foyer de l'orifice mitral. Le pouls, plus régulier, bat 72; les artères contournées en S sont dures et moniliformes; au cou et dans les creux sus-claviculaires on observe le phénomène de la danse des artères. L'œdème du tronc et des membres inférieurs a notablement diminué; au

thorax, la matité gauche a presque entièrement disparu, les vibrations thoraciques sont perceptibles dans toute la hauteur il n'y a presque pas de râles. La quantité des urines n'augmente pas sensiblement (500 gr. par 24 h.).

31 *janvier*. On constate de l'irrégularité du pouls : il y a deux pulsations rapprochées, suivies d'un intervalle ; au cœur, on a deux contractions ventriculaires successives sans diastole (donnant deux fois de suite le souffle à premier temps), puis un repos pendant lequel se produit le souffle doux et prolongé ; ce rythme spécial peut être observé pendant tout une série de battements (cesser l'infusion de digitale).

2 *février*. Les battements cardiaques sont de nouveaux affaiblis et accélérés, mais on n'observe plus d'intermittences P. 92. L'œdème général a augmenté notablement et s'est étendu aux membres supérieurs ; la respiration est gênée : il y a des signes de congestion pulmonaire aux deux bases. (repandre infusion feuilles de digitale 0,50).

3 *février*. Le malade est un peu moins oppressé qu'hier ; — l'œdème paraît avoir légèrement diminué mais on observe de nouveau des intermittences dans les battements cardiaques, affectant le même rythme que la première fois. Les urines sont toujours rares et troubles (continuer la digitale).

4 *février*. Les intermittences cardiaques persistent : après deux pulsations rapprochées, la troisième est remplacée par un silence ; l'impulsion cardiaque est faible et trainante ; il y a imminence de syncope (cesser la digitale ; donner vin diurétique de la Charité, 20 gr.)

5 *février*. Les intermittences cardiaques ont aujourd'hui disparu ; P. 80, faible, mais assez régulier. — La dyspnée est toujours extrême, le malade se plaint beaucoup d'insomnie : dès qu'il s'endort, il est réveillé par le besoin de respirer (même traitement).

Les jours suivants tous les symptômes s'aggravent avec rapidité : l'insuffisance circulatoire s'accroît de plus en plus, l'anasarque est généralisée ; il y a de la cyanose ; les extrémités sont algides. L'oppression est excessive ; il y a de la congestion aux deux bases et des râles disséminés dans toute l'étendue de la poitrine (continuer vin diurétique de la Charité, potion acétate ammoniacale 4 gr.).

10 *février*. L'asphyxie fait des progrès rapides, la teinte cyanotique du visage est très-prononcée. Le malade succombe à 11 heures du soir.

AUTOPSIE, faite 36 heures après la mort. Le cœur, très-volumineux, pèse 540 grammes ; il est flasque et manifestement dilaté ; ses parois, peu résistantes, sont gorgées de sang ; les veines coronaires sont extrêmement développées.

Les diverses cavités cardiaques sont remplies par des caillots volumineux, la plupart noirâtres et diffluent, quelques-uns plus denses et décolorés; l'orifice mitral est peu altéré, la valvule un peu épaissie à son bord libre ne présente ni perte de substance ni rétraction cicatricielle capable de déterminer une insuffisance; l'aorte dans sa première portion est considérablement dilatée et d'un diamètre double de ses dimensions ordinaires; l'orifice aortique élargi présente une circonférence de plus de 95 mm. d'où résulte une insuffisance relative très marquée des sigmoïdes; celles-ci paraissent peu altérées et offrent seulement à leur bord libre quelques nodosités de faible épaisseur.

La crosse aortique, dans son ensemble, présente un volume très supérieur à l'état normal; on y distingue trois dilations successives: la première fusiforme est la plus considérable et occupe comme on l'a déjà dit la portion intra-péricardique; la seconde, presque ampullaire, du volume d'un petit œuf, est située au niveau de l'origine du tronc brachio-céphalique et s'est développée à droite et en arrière de ce vaisseau; enfin une troisième dilatation, moins considérable, se voit sur la portion descendante au niveau de la 4^e vertèbre dorsale dont le corps présente sur sa partie latérale gauche une dépression marquée en forme d'échancrure.

La surface interne de l'aorte offre, dans toute son étendue, les lésions caractéristiques de l'endartérite athéromateuse: elle est rugueuse, inégale, de couleur grisâtre, couverte d'ecchymoses et d'ulcérations irrégulières; les dépôts calcaires font absolument défaut; la paroi artérielle dégénérée, épaissie, de consistance fibroïde, a perdu toute élasticité; elle est rigide et inextensible.

Les artères périphériques sont également athéromateuses, mais à un moindre degré; les coronaires cardiaques sont perméables dans toute leur étendue.

Les plèvres renferment une notable quantité de sérosité; celle du côté gauche offre à sa partie inférieure quelques traces d'inflammation chronique. — Les poumons, dépourvus d'adhérences, sont fortement œdématiés, surtout vers la base.

Le foie, volumineux, est légèrement sclérosé; la rate offre son aspect ordinaire et sa consistance normale; les reins fortement congestionnés paraissent sains. Dans aucun des organes on ne trouve de traces d'infarctus.

RÉFLEXIONS. — Cette observation présente un exemple remarquable de maladie cardiaque par lésion artérielle: comme on le voit nettement d'après les détails qui précèdent, la dilatation de la crosse aortique a entraîné une insuffisance relative des valvules sigmoïdes et consécutivement une hypertro-

phie cardiaque ; puis l'obstacle grandissant chaque jour, le ventricule gauche s'est dilaté, et l'élargissement de l'anneau mitral a produit une insuffisance de cet orifice (révélée par un souffle systolique à la pointe du cœur) ; enfin, avec l'affaiblissement du muscle cardiaque est survenue la cachexie qui, dès lors, a marché à grands pas, sans que l'emploi d'un traitement approprié, de la digitale en particulier, parvint à l'enrayer d'une manière sérieuse. Ce dernier fait trouve une explication suffisante dans l'inertie absolue de l'aorte et de tout le système artériel.

2. Tuberculose miliaire signalée généralisée. — Tubercules de l'encéphale. — Péricardite tuberculeuse ; par CHENET, interne des hôpitaux.

Ces pièces proviennent de l'autopsie d'une femme de 23 ans, morte dans le service de M. Siredey, à Lariboisière. Bien que l'histoire de cette malade soit fort intéressante, je n'en relèverai que les points principaux. Point d'antécédents tuberculeux. Privations et misère à la suite d'une couche, cette femme ayant travaillé pour elle et pour son enfant. Suppression brusque des règles à la suite d'une émotion morale. A la suite, accidents fébriles intermittents sans manifestation locale appréciable.

Entrée à l'hôpital le 20 janvier 1877. Malgré plusieurs examens renouvelés avec d'autant plus de soin qu'on ne trouvait aucun motif à ces accès de fièvre vespérale, on ne constate aucun signe de tuberculose jusqu'au 1^{er} février. Il faut noter seulement un *amaigrissement assez marqué*, d'après le dire de la malade, de l'*anémie*, *une variabilité très-grande dans la fréquence du pouls* qui monte, au moment de la visite, de 80 pulsations à 120. La malade accusait aussi une dépression des forces très-accentuée. Son facies était un peu hébété, son intelligence obtuse, attributs du tempérament lymphatique. L'appétit bien conservé jusque-là, et même augmenté, disparut dès l'entrée de la malade à l'hôpital. Urines pâles, mais sans sucre ni albumine. — Haleine plus courte, quelquefois une petite toux sèche, mais sans expectoration. Point de modification dans la sonorité de la poitrine, ni dans le murmure respiratoire. Rien d'anormal du côté de l'utérus ou de ses annexes.

1^{er} février. M. Siredey constate, après un examen minutieux et prolongé, quelques bruits anormaux au sommet du poumon droit. Inspiration saccadée se faisant en plusieurs temps, avec expiration plus bruyante qu'à l'état normal. Dans les grandes inspirations qui précèdent ou suivent les efforts de

toux, on distingue en outre quelques craquements secs. Rien d'anormal du côté gauche, en avant. En arrière, on parvient difficilement aussi à saisir quelques petits craquements à gauche. A droite, la respiration est manifestement plus sèche, plus bruyante, et les craquements secs plus évidents qu'en avant, quoique très-rares. Insomnie. Sueurs nocturnes abondantes. Pommettes marbrées.

A partir de ce moment, on a pu suivre très-nettement et jour par jour, les progrès effrayants de la granulie. Des râles humides se montrent, deviennent plus abondants et se généralisent. De la diarrhée survient qui dure pendant toute une semaine et finit par s'arrêter. Pilules opiacées. Décoction blanche. A l'intérieur, iodure de potassium, 2 gr. par jour. Applications locales répétées de teinture d'iode.

Les phénomènes généraux s'aggravent. La malade ne mange plus; elle fond, pour ainsi dire, de jour en jour. L'obtusion intellectuelle augmente, et le 15 février commence un délire, nocturne d'abord, puis continu, tranquille, avec cris plaintifs fréquents.

Le visage commence à se cyanoser. Il est à peu près impossible d'arracher un mot à la malade. A la diarrhée a succédé une constipation opiniâtre avec rétraction du ventre et flexion des membres abdominaux, qui fait penser à des granulations méningées. Vomissements fréquents provoqués par l'ingestion des liquides mêmes. Le pouls est à 68 le 19 février au moment de la visite. Une heure après, nous comptons 96 pulsations. La température axillaire est de 37°,7. Râles nombreux gros et humides dans toute l'étendue de la poitrine.

20 février. Pouls presque impossible à compter. Il dépasse 140. Il est à peine sensible. Extrémités cyanosées. Coma profond. Insensibilité absolue. Respiration haletante. Mort à 7 h. du soir.

AUTOPSIE 20 h. après la mort. *Cavité thoracique.* Poumons très-adhérents, le droit surtout. La partie supérieure plus molle se laisse pénétrer par le doigt et se déchire. Adhérence des poumons au péricarde. Pas de lésion appréciable des ganglions bronchiques. Les poumons sont encore crépitants, leurs bords postérieurs très-congestionnés. Les granulations sont appréciables au toucher. A la coupe, on trouve une infiltration généralisée, confluyente, composée par des granulations de volume et d'âge différents. Les unes très-fines, miliaires, grisâtres, dures; les autres un peu plus volumineuses, gris-jaunâtres. En aucun point, il n'existe de pertes de substance.

Symphyse cardiaque complète sans augmentation de vo-

lume appréciable. Les adhérences se laissent déchirer assez facilement dans la plus grande partie de l'étendue de l'organe, mais alors on distingue dans l'épaisseur des fausses membranes fines et celluleuses des granulations miliaires jaunâtres, consistantes, ayant exactement l'aspect des granulations tuberculeuses. Elles siègent sur le feuillet viscéral du péricarde, ou mieux, dans l'épaisseur des fausses membranes, mais j'insiste sur ce point qu'on n'en trouve point de semblables sur le feuillet pariétal. Dans les péricardites simples, au contraire, les deux surfaces présentent également cet aspect rugueux, granuleux, qui a été le point de départ de comparaisons vulgaires. En outre, il existe quelques suffusions sanguines dans l'épaisseur des fausses membranes.

Cavité abdominale. Point de liquide. Les anses intestinales sont libres, sans adhérence, sans granulations, et ne présentent, par transparence, aucune lésion qui nous engage à pousser plus loin l'examen. Quelques fausses membranes très-minces, sans granulations à la partie supérieure du foie et de la rate.

Congestion énorme de la veine cave et de ses affluents. Reins de volume normal, mais très-congestionnés. Capsule adhérente dans la plus grande partie de l'étendue de l'organe entraînant avec elle de la matière corticale. Semis de granulations miliaires jaunâtres, saillantes, assez confluentes par place sur les deux reins. A la coupe, le sang étant lavé, des granulations semblables se retrouvent dans la substance corticale et tranchent nettement sur la coloration brunâtre, foncée du reste de l'organe.

Urine lactescente dans les bassinets. Pas de lésion appréciable des uretères. Cystite du col. Développement vasculaire énorme à ce niveau, mais point de granulations. Pas de lésion appréciable de l'utérus ou de ses annexes.

Cavité crânienne. Cerveau très-congestionné, offrant à sa surface quelques suffusions sanguines sous-arachnoïdiennes, et en plusieurs points des amas purulents, notamment sur l'hémisphère droit et au niveau des circonvolutions fronto-pariétales. A gauche, on ne trouve pas de ces taches purulentes, non plus qu'en aucun des points qui sont habituellement le siège d'élection des nappes purulentes. En plusieurs points, les méninges ont pris une teinte opaline, mais nulle part nous ne rencontrons de granulations sur le trajet des vaisseaux.

A la coupe, nous trouvons de nombreux foyers caséeux enkystés, et les plus gros correspondent exactement aux taches jaunâtres signalées à travers l'épaisseur des méninges, c'est-à-dire que les foyers plus superficiels en ce point, plus volu-

mineux, ont détruit la substance cérébrale jusqu'à venir se mettre en contact avec les méninges. Je n'ai pas compté ces foyers, mais sur les nombreuses coupes verticales que j'ai pratiquées, j'en ai trouvé quelques-uns. Ils sont trop confluent pour que je tente de décrire exactement leur situation. L'un pourtant est remarquable par son siège. Il occupe l'étage inférieur et la portion droite de la protubérance; il est absolument enkysté dans la substance nerveuse et ne pénètre pas jusqu'à la surface. Un autre occupe la couche optique du côté droit vers sa partie moyenne.

Enfin, il en existe aussi plusieurs dans le cervelet.

Le volume de ces foyers varie depuis celui d'un pois jusqu'à celui d'une fève de marais. Les plus gros situés, ainsi que je l'ai dit déjà, sur les circonvolutions fronto-pariétales droites, sont tout-à-fait superficiels.

Les autres sont plus profonds, mais presque toujours développés aux dépens de la substance grise ou atteignant sa limite profonde. Ils semblent formés par du pus concret, et ne se détachent pas sous un filet d'eau.

Il me reste enfin à signaler un certain degré d'hydropisie ventriculaire et un peu de ramollissement des parties centrales du cerveau.

La moelle n'a pas été examinée.

RÉFLEXIONS. Malgré les lacunes que présente cette observation, je l'ai crue intéressante à rapporter. C'est un bel exemple de granulie aiguë à forme de catarrhe asphyxiant, compliqué d'accidents cérébraux à la dernière période. Le diagnostic n'a pas été fait dès le début, bien qu'on l'ait soupçonné. Rien, dans les manifestations locales, n'autorisait à l'affirmer. Relevons pourtant ce fait d'une suppression brusque des règles attribuée par la malade à une émotion morale, d'une fièvre intermittente avec amaigrissement et perte des forces.

A partir du moment où les premiers signes pulmonaires ont été constatés, la maladie a marché d'une façon suraiguë, et c'est dans les derniers jours seulement qu'on a pu reconnaître des complications cérébrales. Pourtant les lésions des centres nerveux paraissent plus vieilles, et en tout cas, elles sont plus avancées que celles des autres organes. Il est assez remarquable que les méninges se soient trouvées relativement saines, tandis que la substance nerveuse était si gravement compromise et présentait des altérations si confluentes.

Aucun phénomène n'a été noté qui permit de localiser ces lésions. Pourtant ce tubercule de la protubérance a pu donner lieu à de l'albuminurie ou à de la glycosurie, mais la malade urinant continuellement sous elle, ses urines n'ont pas été examinées dans les derniers jours.

Notons enfin la péricardite tuberculeuse avec symphyse cardiaque complète. C'est là, en somme, un fait assez rare. J'en ai relevé pourtant un certain nombre de cas dans les *Bulletins de la Société* ou dans les recueils scientifiques. Dans presque tous, il y avait symphyse cardiaque complète. Le cas de M. Proust (*Soc. de biologie*, 1864) fait seule exception : le péricarde contenait 1,500 ou 1,600 grammes de liquide. L'hypertrophie du cœur est notée dans la plupart des cas ; dans le nôtre, au contraire, le volume du cœur est sensiblement normal. L'évolution rapide de la maladie explique suffisamment l'absence de cette autre lésion.

Le plus souvent enfin, la péricardite n'a été constatée qu'à l'autopsie. Dans notre cas, aucun trouble circulatoire n'a spécialement attiré l'attention vers le cœur. La présence d'une granulie généralisée expliquait assez la cyanose observée chez la malade pour qu'on n'eût pas à en rechercher ailleurs la cause.

L'examen microscopique, fait par M. de Sinéty, a démontré la nature tuberculeuse des différents produits dont nous avons parlé.

3. Lymphadénome ; par M. CASTEX, interne des hôpitaux.

R..., Victor, âgé de 18 ans, garçon de ferme, entra à l'hôpital (service de M. Trélat), le 4^{er} février 1877. Il n'a pas eu de maladie dans son enfance. Il y a 5 mois, ayant été conduire des chevaux à l'abreuvoir, il fut pris de frissons pendant la nuit ; mais cet accident ne l'arrêta pas longtemps. Le lendemain matin il se levait, et put continuer son service pendant un mois. Cependant il se sentait faible, n'avait pas d'appétit.

Il y a 4 mois, il fut pris de fièvre tierce que l'on fit disparaître avec le sulfate de quinine, après le deuxième accès. Le médecin dit alors au malade que sa rate était augmentée de volume. En même temps, il devenait jaune, éprouvait des douleurs dans la région du foie, pas de signes de coliques hépatiques. *Il y a 2 mois*, des douleurs lancinantes apparaissaient dans l'œil droit. La vue n'avait rien perdu de son acuité, mais quand il regardait à droite, il voyait double. *Quatre ou cinq semaines* après, l'œil se tuméfie, les douleurs augmentent, la vision s'affaiblit de plus en plus, puis entre le globe de l'œil et la paupière inférieure, se montre une tumeur d'une coloration rouge sombre. Il est pris de vomissements bilieux et alimentaires, qui apparaissent immédiatement après l'ingestion des aliments, mais qui ont disparu dans la suite.

Depuis 23 jours, la vision du côté droit est abolie.

Etat actuel. 6 février. La partie de la tumeur orbitaire, apparente à l'extérieur, présente les dimensions d'une grosse amande. Les paupières sont indemnes, le globe oculaire est soulevé, la vue abolie. Les douleurs lancinantes augmentent principalement la nuit. Enfin depuis deux ou trois jours, la tumeur saigne facilement. Pas de battements, pas de ganglions pré-auriculaires. Mais dans toute la longueur du triangle sus-claviculaire, on trouve une chaîne de ganglions tuméfiés et principalement l'un d'eux placé au sommet du triangle. Quelques petits ganglions dans l'aisselle droite, rien dans l'aisselle gauche.

La langue est bonne, l'épigastre et le ventre ballonnés. Pas de sang dans les vomissements, ni dans les garde-robes. Le foie est dur, hypertrophié, dépassant le rebord costal de 3 à 4 centimètres, douloureux spontanément et à la pression. La rate paraît également augmentée de volume, et douloureuse quand on presse au niveau de son extrémité inférieure. Pas d'ascite. Rien au cœur, le pouls est ralenti (48 pulsations à la minute). Température, 36,6. Les poumons sont libres.

Le malade accuse de la céphalalgie dans toute la moitié droite de la tête, il éprouve des bourdonnements d'oreille. Tout le tégument présente une coloration ictérique profonde.

Les urines renferment une énorme quantité de biliverdine et un peu d'albumine. Enfin, le malade n'a pas connaissance d'affection semblable dans sa famille. Son père et sa mère vivent encore, et ses grands parents sont morts à un âge très-avancé.

Le malade après trois semaines de séjour à l'hôpital, meurt dans un état de cachexie très-prononcée.

AUTOPSIE. — Tube digestif. Parois de l'estomac épaissies, blanches, mais l'épaississement qui s'étend à tout l'intestin grêle n'est nulle part plus marqué que dans le cæcum. Là, on trouve du côté de la muqueuse des saillies du volume d'une noisette. L'examen histologique a démontré que cet épaississement siégeait dans la muqueuse qui avait subi la transformation lymphadénique.

Annexes. Le foie présente, à la coupe, d'énormes noyaux disséminés dans son parenchyme et du même aspect macroscopique qu'une masse blanchâtre, dure, qui est accumulée au niveau du hile. Dans chacun des petits noyaux isolés qui ne font pas saillie à la surface de l'organe, on trouve à peu près uniformément trois petits trous qui semblent être des surfaces de sections de petits canalicules. Sous le foie une énorme quantité de ganglions dont les plus gros atteignent le volume d'un œuf de poule, et qui offrent à la coupe un pointillé violacé et l'aspect encéphaloïde. Les parois de la vésicule biliaire pré-

sentent, en certains points, une épaisseur de 8 à 10 millimètres.

La rate est gonflée mais n'offre pas de traces de la néoformation observée dans le foie.

Les reins (1) sont très-volumineux et offrent à la coupe le même aspect blanchâtre et la même dureté. Au raclage, suc blanchâtre. Poumons indemnes. Les ganglions cervicaux et les ganglions inguinaux sont également trouvés tuméfiés.

Enfin la tumeur qui apparaissait sous l'œil droit, adhère au globe et non à l'orbite, se prolonge dans les sinus sphénoïdaux et maxillaires, a perforé la lame criblée de l'ethmoïde et presse légèrement sur la dure-mère. Dans toutes ses parties, elle se présente sous forme d'une masse plus colorée en jaune que les noyaux du foie, mais d'une consistance moindre, car elle y est presque diffluente.

M. Malassez, qui a examiné ces diverses pièces, y a trouvé le stroma réticulé caractéristique de la lymphadénie.

4. Carcinome kystique du sein ; par M. CASTEX, interne des hôpitaux.

G... Flore, âgée de 47 ans 1/2, couturière, d'un tempérament sanguin, a eu, comme antécédents morbides, un eczéma aigu vers l'âge de 15 ans. — Régulée à 14 ans, elle a eu 4 enfants. Un an après son premier accouchement, fièvre typhoïde. Jamais d'abcès au sein. Il y a deux ans, apparaît dans le côté gauche de la poitrine, une douleur constrictive qui augmentait surtout le soir. Puis, la malade aperçoit vers le mois de janvier 1876 une tumeur du volume d'une noix à la partie supéro-externe du sein gauche. Cette tumeur va toujours grossissant et devient le siège, il y a 5 mois, de douleurs lancinantes. A la même époque, la malade constate, dans l'aisselle, la présence d'un ganglion hypertrophié.

État à l'entrée (7 février 1877). La tumeur occupe la partie supéro-externe du sein gauche; très-près de l'aisselle, la peau est froncée, violacée, ponctuée; le volume du néoplasme représente celui d'une pomme.

Il glisse sur les parties sous-jacentes, mais fixe la peau. Il est le siège de douleurs lancinantes surtout quand la malade se fatigue. Sur la paroi interne de l'aisselle, deux ganglions sans adhérences à la peau. Depuis un mois la malade se plaint de douleurs lancinantes dans la moitié supérieure de la région interne du bras gauche.

En deux points très-distincts, près du sternum d'une part, et au-dessous de la mamelle d'autre part, deux petites tu-

(1) Un dessin du rein gauche, exécuté par M. Regnier, est déposé dans l'album de la Société.

meurs dures, qu'on pourrait prendre d'abord pour de petits adénomes, mais que M. Trélat considère comme des tumeurs, en raison de l'adhérence de la peau à leur niveau et du petit point noir que chacune d'elles présente en son centre.

L'opération est pratiquée par M. TERRILLON, qui est obligé, pour enlever tous les tissus intéressés, de procéder par arrachement à une évacuation complète de l'aisselle. — La tumeur offre à la coupe, dans sa partie mammaire, vers son extrémité inférieure, un kyste d'un volume d'une noix distendu par un liquide verdâtre foncé qui jaillit au moment où on incise. Plus près de l'aisselle, un tissu aréolaire, présentant une certaine analogie avec la paroi interne du cœur gauche est rempli d'un liquide vert moins coloré.

Le pansement de la plaie non réunie a été fait chaque jour avec le coton hydrophyle phéniqué. Cette vaste perte de substance s'est rapidement comblée, le bourgeonnement étant très-actif.

RÉFLEXIONS. — L'intérêt de cette observation est tout entier, dans la conformation intérieure du néoplasme et dans la coexistence de ces deux petites tumeurs dont le diagnostic était important au point de vue du *pronostic*.

M. PAUFFARD présente des pièces relatives à un cas de caséification de la muqueuse des voies urinaires (urèthre, vessie, urètre), coïncidant avec des noyaux tuberculeux du rein gauche, un abcès tuberculeux du testicule droit, et des tubercules pulmonaires chez un homme de 33 ans.

5. Rétrécissement fibreux de l'intestin grêle ; par M. BÉRINGIER, interne des hôpitaux.

D... 46 ans, homme de peine, est entré à l'hôpital (service de M. EMPIS), le 22 décembre 1876. Cet homme a toujours joui d'une bonne santé. Il n'a jamais fait de graves maladies; il ne s'est point livré à des excès alcooliques. Il a conservé un certain embonpoint; cependant il dit avoir beaucoup maigri depuis quelque temps. Il y a six mois environ, en descendant un fardeau dans une cave, il fit une chute et reçut un coup violent sur l'abdomen. Pendant plusieurs jours il éprouva une douleur vive en ce point : mais bientôt il put reprendre ses occupations.

Deux mois avant son entrée à l'hôpital il commença à ressentir des coliques qui présentaient un caractère d'acuité très-grande par moments. Elles siégeaient surtout au-dessus de l'ombilic et ne s'accompagnaient pas de diarrhée. Le malade ne vit jamais de sang dans ses selles et n'eut jamais d'hématémèse. Un mois avant son entrée à l'hôpital il commença

à avoir des vomissements peu abondants, muqueux et n'ayant lieu que le matin quand il était à jeun. Les digestions se faisaient d'ailleurs assez bien, mais les coliques ne cessaient pas.

Vers le 4 janvier, les vomissements changèrent de nature. Beaucoup plus abondants, verdâtres, bilieux, ils revenaient dans la journée, en général longtemps après les repas. Tourmenté par ces symptômes le malade ne prenait guère que du lait en petite quantité, et cependant chaque matin on trouvait une pleine cuvette de liquide bilieux rejeté depuis la veille. Les coliques et la constipation persistaient. La palpation du ventre était douloureuse, surtout vers l'épigastre et l'hypochondre droit. La matité du foie n'était pas augmentée et l'estomac paraissait peu distendu. Les parois abdominales étaient rétractées. Malgré la persistance de ces symptômes, l'état général restait assez satisfaisant; l'amaigrissement ne faisait pas de progrès, le faciès était peu altéré.

10 janvier. On croit sentir vers la région épigastrique une tumeur mal limitée mate à la percussion.

15 janvier. Les vomissements cessent brusquement, mais les coliques continuent. Constipation.

21 janvier. Les vomissements reviennent avec la même abondance que précédemment. Aucune modification dans l'état général.

Du 27 janvier au 4 février nouvelle disparition des vomissements, moins de coliques, le malade éprouve un soulagement très-grand. Le 4, les vomissements reprennent, ils ont augmenté de fréquence et de quantité.

A partir du 10 février la maladie prit une évolution plus rapide. L'amaigrissement fit des progrès, les douleurs de ventre s'exaspérèrent. Cet état persista jusqu'au 18 février, jour de la mort.

AUTOPSIE. — Les parois abdominales sont rétractées; les intestins sont appliqués contre la colonne vertébrale. Pas de liquide dans le péritoine. L'estomac est dilaté; la muqueuse n'est le siège d'aucune altération. Rien au cardia ni au pylore. A 15 centimètres de la fin de la 3^e portion du duodénum, l'intestin est rétréci; on ne peut y faire pénétrer tout au plus qu'une sonde d'argent ordinaire; immédiatement au-dessus, dilatation du jéjunum.

L'anse intestinale rétrécie adhère intimement à une seconde anse inférieure et parallèle. — Lorsqu'on incise le rétrécissement, on remarque qu'il est formé d'un anneau blanchâtre dur et résistant, n'ayant pas plus d'un demi-centimètre d'épaisseur. Dans la partie inférieure de l'intestin grêle et dans le gros intestin, on trouve des matières dures semblant passées

à la filière. Les autres organes abdominaux sont sains. Le cœur et l'aorte ne présentent aucune altération.

L'examen histologique du rétrécissement a été fait par mon collègue Mayor. Le tissu dense, blanc nacré, dont est constitué le bourrelet triangulaire qui rétrécit l'intestin est cohérent, difficile à dissocier. On n'y trouve pas de fibres élastiques. Les coupes faites à travers le bourrelet démontrent qu'il est formé d'un feutrage de fibres de tissu conjonctif et de nombreux noyaux fortement colorés par le carmin. Par places se voient des groupes de cellules embryonnaires formant comme des centres de prolifération.

Le tissu musculaire de la paroi intestinale n'est plus représenté que par quelques faisceaux séparés les uns des autres par le tissu fibreux et ne constituant plus une tunique. Sur la face externe du bourrelet, le tissu fibreux se laisse pénétrer par des cellules adipeuses qui, groupées en îlots arrondis, infiltrent le tissu conjonctif qui fait adhérer entre elles les deux anses intestinales. En un mot, le bourrelet qui fait saillie dans l'intestin est bien constitué uniquement par du tissu fibreux, pour ainsi dire cicatriciel, et distinct du tissu des néoplasmes qui donnent habituellement lieu à la sténose du tube intestinal.

RÉFLEXIONS. — Ce qui constitue l'intérêt de cette observation c'est : 1° la cause de la maladie qui semble avoir été le traumatisme survenu quelques mois avant l'entrée du malade à l'hôpital ; — 2° La nature fibreuse du rétrécissement, la cause la plus fréquente de la diminution du calibre de l'intestin grêle étant une altération organique des parois ; — 3° L'obscurité des symptômes que présente la maladie : vomissements abondants et opiniâtres, constipation, sans amaigrissement très-sensible, si ce n'est dans les derniers jours de la vie.

6. Fistule ombilicale ; cancer latent de l'estomac ; par E. MONOD, interne des hôpitaux.

Antoinette C..., âgée de 66 ans, entre le 7 février 1877, dans le service de M. PANAS, à Lariboisière. Elle ne présente pas d'antécédents héréditaires ; la santé antérieure a toujours été bonne.

La maladie actuelle remonte à six mois environ. Au mois d'octobre 1876, la malade a été obligée de cesser son travail. Depuis quelque temps déjà elle éprouvait des malaises mal déterminés, tels que diminution de l'appétit, sensation de fatigue, amaigrissement. Ces symptômes sont allés en s'accroissant toujours davantage. — Si l'on excepte une diarrhée intermittente, les fonctions digestives n'ont pas présenté de trou-

bles appréciables. *Il n'y a jamais eu de vomissements.* La malade offre à son entrée un aspect cachectique prononcé. Le teint est subictérique; les muqueuses sont décolorées. On constate des pétéchies sur les membres supérieurs, et de l'œdème des membres inférieurs. L'auscultation ne révèle aucun bruit anormal.

À l'inspection de l'abdomen on remarque une tuméfaction diffuse qui soulève la cicatrice ombilicale, ainsi que la région avoisinante. La peau a conservé sa coloration normale. On peut limiter aisément la tumeur par la palpation; elle est étalée, d'un volume comparable à celui d'une moitié d'orange. Elle est mate à la percussion. La matité se continue en haut et à droite avec celle du foie. Du côté gauche, à 5 ou 6 centimètres de l'ombilic; au-delà des limites de la tumeur, on retrouve la sonorité des anses intestinales.

La pression, même légère, au niveau de la tumeur est très-douloureuse, surtout au-dessous de l'ombilic. Au sommet de la cicatrice ombilicale soulevée et dépliée existe un orifice fistuleux admettant le bec d'une sonde cannelée. Il en sort un liquide séreux, roussâtre, inodore, qui s'écoule avec plus d'abondance lorsqu'on presse sur la tumeur; quelques gaz s'échappent par instants avec le liquide. Un stylet introduit dans la fistule pénètre dans une petite poche sous-cutanée formée par la cicatrice ombilicale dépliée; mais on ne parvient pas à le faire pénétrer plus profondément. La fistule est de date récente; la malade ne peut pas donner d'indication précise sur l'époque de sa formation.

Malgré l'absence de vomissements et de tout phénomène gastrique, M. Panas, se fondant sur un cas analogue qu'il avait eu l'occasion d'observer, porta le diagnostic de cancer stomacal.

Pendant les quinze jours qui suivent son entrée, l'affaiblissement fait des progrès rapides; l'œdème augmente, la teinte cachectique s'accuse. La malade succombe le 21 février sans présenter de symptômes nouveaux.

AUTOPSIE. — La *cavité abdominale* renferme une petite quantité d'un liquide roussâtre, analogue à celui qui s'écoulait par la fistule ombilicale. Les anses intestinales sont vascularisées; elles ont un aspect dépoli et poisseux par places. En un point il existe une forte adhérence du grand épiploon avec la paroi abdominale antérieure. Le petit bassin contient quelques cuillerées d'un pus vert, bien lié.

La *région ombilicale* forme une masse compacte reliant ensemble l'estomac, le foie, le colon transverse et le duodénum. Tous ces organes sont enlevés en masse. La petite courbure de l'estomac adhère intimement dans toute son étendue au

bord antérieur du foie; on ne retrouve pas traces de l'épiploon gastro-hépatique. En ouvrant l'estomac on voit, au voisinage du pylore, une large surface ulcérée recouverte de détritus d'un gris noirâtre. Cette surface occupe surtout la face antérieure, elle a envahi un peu la face postérieure. Au-delà de cette ulcération, dont les bords sont irréguliers, la muqueuse est absolument saine; elle présente seulement une légère vascularisation. La perte de substance, qui intéresse toutes les tuniques de l'estomac, est comblée par le tissu hépatique adhérent à l'estomac.

Du côté de l'ombilic on trouve, au fond de la poche sous-cutanée que nous avons décrite, un petit orifice admettant un stylet de trousse, par lequel on pénètre dans la cavité stomacale. Les différentes couches des parois abdominales autour de l'ombilic (muscles et aponévroses) sont fortement adhérentes et forment une masse indurée compacte que traverse le trajet fistuleux.

Le côlon transverse communique par un trajet oblique, long de 5 à 6 centimètres, avec cette poche formée par l'estomac et le lobe gauche du foie.

La valvule pylorique, qui reste perméable, établit la limite du néoplasme; le duodénum ne présente pas d'altération. Les autres viscères sont sains.

7. Gros calcul ramifié du bassinot, composé presque exclusivement d'acide urique, paraissant consécutif à une violente contusion du rein; par M. Melchior TORRÈS.

M. F. L..., entré à l'Hôtel-Dieu dans les derniers jours de janvier, a eu, en 1861, une fracture de côtes du côté droit, accompagnée de contusion de la région lombaire. Les jours qui suivirent cet accident, le malade urina du sang, et cependant, auparavant, il n'avait jamais eu aucun symptôme du côté des voies urinaires. Il paraît donc y avoir eu, dans ce moment, non-seulement fracture de côtes, mais aussi quelque complication du côté du rein. Le sujet affirme n'avoir jamais été malade, et n'avoir jamais eu d'hématurie avant cet accident. Il y a là peut-être un antécédent de quelque valeur au point de vue de la production du calcul. Longtemps après la consolidation de la fracture de côtes, des symptômes ont persisté du côté des voies urinaires : douleurs lombaires s'irradiant du côté du ventre.

Vers la fin de 1861, le malade était assez bien pour continuer son travail. Un an après, il eut besoin d'appeler un médecin par suite de retours des douleurs et en même temps à cause de la difficulté qu'il avait pour uriner. Le médecin,

croyant à une rétention d'urine, le sonda 3 ou 4 fois et les jours qui suivirent cette opération l'urine était accompagnée de sable et de quelques petits graviers. A partir de ce moment, une amélioration progressive se manifesta et le malade reprit son travail. Mais vers 1869, le malade a commencé à avoir de violentes douleurs, non-seulement du côté droit, comme à l'époque de sa fracture, mais aussi du côté gauche, et l'urine avait diminué.

A cette époque, se manifesta un nouveau symptôme. Quand le malade dormait, du côté droit ou du côté gauche, les douleurs se réveillaient, beaucoup plus du côté gauche que du côté droit où commençait à exister déjà probablement son calcul. C'est ainsi que, pour dormir ou se reposer, le malade se couchait toujours sur le dos, parce que dans cette position il ne ressentait rien; quand il se tenait debout et penché en avant, il se fatiguait aussi beaucoup; en dehors de ces conditions, le malade pouvait continuer son travail comme il l'a fait jusqu'à l'année dernière. Un autre renseignement, c'est que toutes les fois que le malade faisait un excès alcoolique, il se plaignait de douleurs aux lombes.

A la fin de 1875, la diarrhée se manifesta, accompagnée de fortes douleurs de ventre et des lombes, qui n'étaient probablement que des coliques néphrétiques; néanmoins, il vaquait toujours à ses occupations.

Enfin le malade se décida à entrer à l'Hôtel-Dieu, service du dr Guéneau de Mussy, dans les derniers jours de janvier. A son entrée, il se plaignait toujours de ses douleurs de ventre, de manque d'appétit et de forces, enfin d'une diarrhée continue.

Sa maigreur, d'ailleurs, était très-prononcée. Le ventre était excavé d'une façon si prononcée que mon chef de Service disait n'en avoir jamais vu un exemple si frappant; il présentait au moins 20 centimètres de creux. Les battements de l'aorte étaient visibles à distance. Vers les derniers jours de son existence, on observait quelques taches purpuriques aux bras. Traitement à l'hôpital: eau albumineuse; pilules de nitrate d'argent au centième, 3 par jour; potion de Todd; potion ext. quinquina à 4 gr.; potion bismuth, à 10 gr.; alimentation: bouillon, lait, etc., etc. Le malade est mort le 6 février 1877.

AUTOPSIE. — *Tube digestif.* Œsophage un peu rétréci. On se rappellera que le malade ne prenait que du lait et du bouillon, depuis plus d'un an. — *Estomac.* Très-distendu, avec des parois très-minces; rien de particulier dans la muqueuse. — *Intestins.* A la vue, on n'apercevait rien dans la muqueuse, sauf quelques taches rouges, mais sans ulcération au moins visible à l'œil nu; les plaques de Peyer étaient en bon état. — *Foie.*

Rien de particulier. — *Vésicule biliaire* très-grosse et contenant, dans son intérieur, de la bile de consistance sirupeuse et une dizaine de calculs : deux de la grosseur d'une noisette et de forme prismatique et les autres très-petits et de différentes formes. — *Rate*. Un peu ramollie et très-petite.

Poumons. Très-rétractés et très-adhérents en arrière, particulièrement à droite à la hauteur de la fracture des côtes où existaient des adhérences très-considérables. Les poumons présentent comme 2 petits corps noirâtres logés dans la face postérieure de la cavité thoracique; ils étaient aussi semés de petits tubercules, mais sans cavernes. Leur parenchyme était peu perméable et noirâtre.

Organes de la circulation. — *Artères* dures, sinueuses et un peu athéromateuses.

Cœur très-petit, à parois flasques, molles et très-minces. Les valvules auriculo-ventriculaires droite et gauche, comme les valvules sigmoïdes de l'aorte et de l'artère pulmonaire, se trouvaient en bon état, au moins à la vue. A la face postérieure de l'organe existaient des plaques blanchâtres, laiteuses sur la partie qui repose sur le diaphragme.

Système nerveux. *Cerveau*. Cet organe était un peu ramolli. Il existait des plaques blanchâtres particulièrement sur l'hémisphère gauche. Les *méninges* n'offraient rien de particulier. La huitième, la neuvième, la dixième et la onzième côte, se trouvaient fracturées.

Appareil urinaire. *Reins*. Le rein gauche était très-gros, rouge et très-congestionné. A la section, on voyait les glomérules de Malpighi les uns ouverts et pleins de sang, les autres sous la forme de petits corps noirâtres. La capsule adipeuse était rougeâtre, mais la capsule rénale ne présentait aucun changement notable. L'uretère, comme le rein, avait un volume supérieur à celui du rein droit. Le rein droit était tout le contraire du rein gauche; assez petit, pâle, dur, résistant, sa longueur était de 40 centimètres $\frac{1}{2}$, mesurée de l'extrémité supérieure à l'extrémité inférieure, et de 3 centimètres de largeur du bord interne au bord externe sans bassinet; 3 centimètres d'épaisseur de la face antérieure à la face postérieure; 17 centimètres depuis l'extrémité supérieure du hile en continuant l'extrémité supérieure du rein et en suivant le bord convexe ou externe, depuis l'extrémité inférieure du rein, jusqu'à l'extrémité inférieure du hile, c'est-à-dire en suivant la circonférence du bord externe du rein; enveloppé de sa capsule adipeuse très-épaisse, de sa capsule rénale, de son petit kyste rempli de liquide, et de son calcul, il pesait 134 gr. 7 centig. Le poids du rein, sans capsule adipeuse et sans cap-

sule sur-rénale, mais avec son calcul, était de 101 gr. Poids du rein sans calcul, 64 gr.

Bassinnet. Les dimensions étaient de haut en bas, 6 centim.; de dehors en dedans, 4 centim., et de la partie antérieure à la partie postérieure, 3 centim. $1\frac{1}{2}$.

Forme extérieure du rein. Face antérieure. Elle est convexe avec des sillons représentant les divisions des lobes rénaux; le sillon qui se trouve à l'extrémité supérieure est assez prononcé pour pouvoir donner la forme de deux lobules. Même remarque pour le sillon inférieur, seulement il n'est pas aussi saillant. Les autres ne sont pas assez prononcés pour donner une forme caractéristique à cette même face, et à l'extrémité supérieure existe une petite fossette qui est le vestige du kyste représenté dans la Planche I, fig. 2 (dessins déposés dans l'album de la Société), qui présentait la forme allongée et remplie d'un liquide transparent.

Face postérieure. Concave comme d'habitude et sans sillons, desorte qu'elle présentait une surface unie. Le bord interne était en rapport avec la convexité du bord externe, très-concave, plus large que d'habitude, mais moins long; déformation qui est due à la distension causée par le calcul. Les vaisseaux du rein n'occupent pas leur place normale comme on peut le voir sur la pièce ou sur la planche I, fig. 2.

Bassinnet. Très-déformé et distendu, représentant une forme complètement différente de la forme ordinaire. L'hypertrophie du bassinnet se trouve en opposition avec celle de l'uretère. Malgré la dimension du calibre de ce dernier, son volume extérieur n'a subi aucun changement notable.

Intérieur du rein. Calices et bassinnet très-distendus et remplis par le calcul, comme on peut le voir sur la planche I, fig. 1, déposée dans l'album de la Société et dans la pièce.

L'examen microscopique a donné le même résultat que celui qu'on trouve dans une *néphrite* interstitielle, avec atrophie des tubes du rein. La pièce ayant été durcie, selon les procédés habituels (alcool, acide picrique, gomme et alcool), on a pratiqué des coupes perpendiculaires à la surface de l'organe. Dans la partie correspondante à la substance corticale, fig. I de 2^e planche, on remarque que les glomérules de Malpighi sont presque tous en voie d'atrophie (2, 2). Les noyaux qu'on observe normalement dans leur tissu sont considérablement augmentés de nombre (4), et l'élément en lui-même est plus ou moins ratatiné et déformé (2, 2).

On en observe cependant quelques-uns qui ont conservé leur volume normal tout en présentant une augmentation des éléments nucléaires (3); on a affaire évidemment là à un tissu enflammé.

Autour des glomérules, les tubes du rein sont en voie de dégénérescence ; leur épithélium, complètement disparu, ne laisse plus, dans l'intérieur du conduit, qu'une masse amorphe, granulo-graisseuse (Fig. 3). Ils sont séparés par un tissu conjonctif en voie de prolifération, et conservant une innombrable quantité de noyaux (Fig. 4). En d'autres points, ces centres d'accumulation de noyaux manquent, et l'on voit seulement les tubes du rein dégénérés comme nous l'avons dit plus haut (5,5).

Dans d'autres régions (Fig. 2), il ne reste que la charpente fibreuse au milieu de laquelle étaient contenus les tubes urinipares, et sans qu'on puisse en constater la moindre trace, ils ont disparu. On en voit cependant encore quelques débris. Cette charpente apparaît sous forme d'un réseau à mailles plus ou moins régulières. Enfin, dans d'autres points, le tissu conjonctif en se développant, semble avoir en quelque sorte étouffé les tubes qui ont presque disparu (Fig. 2). En examinant les tubes en long, on aperçoit très-distinctement le développement des éléments inflammatoires dans le tissu interstitiel. En somme, atrophie des tubes dont l'épithélium est entièrement altéré et méconnaissable, et développement du tissu conjonctif avec prolifération de nombreux noyaux. Nous avons examiné également le bassinnet au point où le calcul le distendait. Il n'y avait qu'une hypertrophie des couches normales. L'épithélium avait disparu. La vessie ne présente rien d'anormal.

Calcul. De forme ramifiée, d'un poids total de 37 grammes. M. le Dr Cadiat, qui en a fait l'analyse chimique, l'a trouvé composé surtout d'acide urique et d'un peu d'urate d'ammoniaque. Dans certaines parties, on trouve aussi un peu d'oxalate de chaux, mais en quantité minime. 1° Réaction très-manifeste avec la murexide; 2° Légère solubilité après une très-longue ébullition dans la potasse; 3° Insolubilité dans les acides dilués.

8. Perforation traumatique de l'S iliaque du côlon sans aucune trace de contusion, même légère, des parties environnantes. Péritonite suraiguë; par M. SCHWARTZ, interne des hôpitaux.

A... entre à l'hôpital de la Charité, salle Sainte-Vierge n° 26, le 17 février; il vient de recevoir deux coups de pied de cheval dans la région hypogastrique et dans la fosse iliaque gauche. — Symptômes d'une lésion abdominale grave. — Péritonite suraiguë. On diagnostique : Rupture d'un des viscères abdominaux. — Mort 24 heures après l'accident.

AUTOPSIE. — A l'ouverture de l'abdomen, des néo-membranes récentes unissent faiblement les anses intestinales au liquide séro-purulent dans la cavité péritonéale. — On y trouve répandu un certain nombre de lentilles.

Au niveau de la 2^e courbure de l'S iliaque, perforation du diamètre d'une pièce de 50 centimes par laquelle sort une matière pulpeuse, demi-solide. L'S iliaque est remplie de la même masse qui est constituée en partie par des lentilles non digérées.

Ce qui me semble intéressant dans cette observation, c'est l'explication qu'on peut donner du mécanisme de la perforation. Comme il n'y a pas de traces de contusion, ni dans la paroi abdominale ni dans la fosse iliaque surtout, c'est probablement à cause de la résistance de l'S iliaque distendue qu'a eu lieu la perforation de cet organe. Les matières demi-solides qui y étaient contenues ont été le point sur lequel est venu se rompre la tunique de l'intestin.

M. RÉMY présente des pièces relatives à un cas de méningite tuberculeuse survenue chez un enfant de 5 mois qui avait présenté, en venant au monde, plusieurs éruptions syphilitiques.

9. Exostoses osseuses du corps des vertèbres ; par M. FÉLÉ, interne provisoire.

J'ai l'honneur de présenter à la Société quatre exemples d'une lésion bien anciennement connue, puisque Poupart (*Acad. des sciences*, 1699) en rapporte un cas et qu'on en trouve un autre dans Morgagni (*De sedibus et causis*, etc., lettre XXXVII § 30 ; Trad. Desormeaux et Destouet T. v, p. 393). Son existence est signalée par un grand nombre d'auteurs; on en voit plusieurs spécimens au musée Dupuytren, mais elle a été peu décrite.

Ce sont des tumeurs osseuses ou en grande partie osseuses, dont le volume varie de celui d'un pois à celui d'un œuf de pigeon et qui siègent au niveau des articulations des corps vertébraux, ordinairement sur la partie antérieure. On les rencontre exclusivement chez les vieillards. Elles ont été désignées sous les noms d'hypertrophie, d'ossification, d'infiltration calcaire du surtout ligamenteux antérieur, d'ankylose périphérique avec ostéophytes, d'hypertrophie avec exostoses de la lame compacte, d'exostoses vertébrales.

Les deux dernières dénominations me paraissent les plus justes. En effet, à la période initiale de la lésion, on voit les deux bords contigus de deux corps vertébraux superposés faire saillie sous forme de plateau ou de stalactité, et former avec

le disque ligamenteux intermédiaire une tumeur plus ou moins large et plus ou moins épaisse. Les progrès de la lésion peuvent finir quelquefois par déterminer l'ankylose périphérique; mais la soudure des deux parties osseuses n'a lieu que lorsque la portion ligamenteuse a cessé de se développer; la coque osseuse qui entoure cette dernière est quelquefois très-peu épaisse, bien que la tumeur soit assez considérable.

Sur un grand nombre de colonnes vertébrales de vieillards, les ligaments intervertébraux amincis ou non font une saillie notable soutenue par une hyperostose des bords des vertèbres situés au-dessus et au-dessous. Ces saillies ordinairement inégales et festonnées s'étendent souvent, comme on le voit sur deux de ces pièces, sur toute la partie libre de la circonférence du rachis et elles existent au niveau de plusieurs articulations. L'ankylose périphérique est beaucoup moins fréquente. Lorsqu'il existe sur un point une tumeur volumineuse haute d'un et même de deux centimètres, on voit encore souvent une portion ligamenteuse séparant les deux portions osseuses: on en voit ici deux exemples. Sur cette autre pièce, il existe une exostose qui présente une hauteur de 3 centimètres et une largeur égale, située sur le côté gauche de la colonne et à cheval sur le ligament intermédiaire à la troisième et à la quatrième lombaires; sa base est excavée par une sorte de tunnel transversal de plus d'un centimètre de haut laissé vide par le ligament rétracté par la dessiccation.

Ces pièces montrent bien, qu'au début au moins, le ligament interarticulaire joue un rôle dans la formation de la tumeur. On peut admettre l'opinion émise par A. Cooper (*Mém. sur les exostoses*, in *Œuv. chirurg.*, trad. Chassaignac et Richelot, p. 596), et après lui par M. Michel (*Dict. encycl. des sc. Méd.*, T. 1 3^e série p. 519) que ces exostoses partant des bords des corps vertébraux se développent par-dessus des fibro-cartilages intermédiaires, sans y adhérer, et qu'elles peuvent finir par se souder entre elles en formant une tumeur plus ou moins volumineuse. Mais il faut ajouter que le fibro-cartilage lui-même contribue pour beaucoup à la formation de la tumeur et que c'est seulement à la limite de la croissance de cette partie de la tumeur que les deux portions osseuses peuvent se réunir. Le nombre des tumeurs dont les deux portions osseuses sont soudées entre elles est assez restreint; celles où elles sont séparées par un sillon rempli de tissu ligamenteux sont, au contraire, extrêmement fréquentes.

La portion ligamenteuse de la tumeur ne paraît pas pouvoir s'ossifier. Aussi, quand on détache une exostose dont les deux portions osseuses sont soudées, sur une pièce sèche où le tissu

ligamenteux a eu le temps de se rétracter, on trouve sa base creusée d'une cavité.

Le volume de ces productions peut varier depuis le volume d'un pois jusqu'à celui d'un œuf de pigeon : tous les intermédiaires sont représentés sur ces quatre pièces, il y en a trois qui sont grosses comme un œuf de pigeon, on en voit rarement de semblables. Leur volume semble en rapport avec la part que le fibro-cartilage a prise à leur développement.

Leur forme ne varie pas moins : tantôt elles sont régulièrement arrondies, tantôt rugueuses ou pointues, tantôt en dos d'âne, allongées suivant le sens de l'articulation des corps vertébraux ; quelquefois elles présentent assez bien la forme d'apophyses transverses auxquelles Poupart compare celles qu'il a rencontrées. Quelquefois il en existe tout le long de la colonne vertébrale et de chaque côté, mais le plus souvent, il n'y en a pas plus de 4 ou 5 sur le même sujet ; très-rarement on n'en voit qu'une seule.

Ces tumeurs se développent ordinairement sur la partie antérieure de la colonne, et le plus souvent sur les parties latérales ; elles repoussent en avant le surtout ligamenteux antérieur, de sorte que les saillies sont atténuées et peu rugueuses. Quelquefois l'exostose est située tout à fait en dehors et siège sur l'articulation costo-vertébrale qui est ankylosée : c'est ce qu'on voit sur cette pièce au niveau de la neuvième et de la onzième articulation costo-vertébrale droite ; on retrouve cette disposition aussi au niveau des dernières côtes, sur deux pièces du musée Dupuytren (n^{os} 642 et 650). Les exostoses qui, sur cette pièce, siègent sur les articulations costo-vertébrales sont plus dures que les autres qui sont assez friables. Au-dessus et au-dessous, le tissu de la vertèbre paraît même comme éburné.

Wilks (*Transactions of the pathological Society of London*, T. XIII, p. 401, 19th of february 1861) admet que ces exostoses de la région antérieure peuvent comprimer les divers organes qui s'appuient sur le rachis et amener des accidents graves. Il exagère beaucoup ces inconvénients, car ces tumeurs ne sont pas rares, et si on ne les découvre point plus souvent, c'est précisément parce qu'on n'a point observé pendant la vie les symptômes de compression qui en provoquent la recherche.

Une autre circonstance en rend l'observation rare : c'est que presque jamais, dans les autopsies, on n'a besoin de découvrir la colonne lombaire. Or, s'il est vrai qu'on puisse rencontrer ces exostoses sur toute l'étendue de la colonne (Pelvet, *Bull. Soc. anat.*, avril 1864, p. 162), ou seulement à la région dorsale ou cervicale (Wilks), il n'est pas douteux que leur siège le plus

habituel soit la partie inférieure de la région dorsale et la région lombaire. A Bicêtre et à la Salpêtrière, il n'est guère de semaine où on n'en rencontre dans cette région; elles ont rarement, il est vrai, le volume de celles que je présente; mais jamais on n'a signalé d'accidents.

Des exostoses semblables peuvent se développer à la partie postérieure du corps des vertèbres, dans la canal rachidien; on comprend qu'elles offrent alors une tout autre gravité. Copland range parmi les causes de paraplégie l'ossification simple des ligaments intervertébraux, mais M. Jaccoud (*Paraplégies* etc., p. 223) fait remarquer que cette cause ne peut être invoquée que lorsqu'il y a production exubérante de tissu osseux; il ne cite d'ailleurs aucun fait. J'ai vu, dit Bertin (*Traité d'ostéologie*, T. III, p. 85), des sujets fort vieux, dans lesquels le canal de l'épine avait perdu dans certains endroits une partie de sa cavité. Quelques auteurs ont vu dans ce passage la désignation d'exostoses; il est prudent de rester dans le doute.

Mais il existe des faits beaucoup plus probants. Aston Key (*Guy's Hospital Reports*, avril 1838) rapporte deux cas dans lesquels la lésion osseuse qui avait déterminé la paraplégie était absolument identique à celle que je viens de décrire. Le premier fait est surtout caractéristique, car, outre la tumeur intra-rachidienne qui réduisait le canal vertébral d'un tiers, il existait sur le corps des vertèbres lombaires des saillies osseuses irrégulières et les cartilages intervertébraux faisaient une saillie plus considérable que d'ordinaire.

Enfin, dans une observation que MM. Bourneville et Debove ont recueillie dans le service de M. Charcot (*Bull. Soc. anat.*, mai 1874, p. 421), on trouve signalée une exostose du volume d'une noisette située à la partie postérieure du corps de la dernière dorsale et de la première lombaire, ayant déterminé une sclérose secondaire des cordons antérieurs de la moelle; bien que cette tumeur soit isolée, il s'agissait là bien évidemment d'une lésion de la même nature que celles que je présente, car il est expressément dit que la masse se compose de trois parties, deux osseuses séparées par une ligamenteuse (1). Je ferai remarquer aussi que ces tumeurs intra-rachidiennes siégeaient à la partie supérieure de la région lombaire.

Ces exostoses, qu'elles soient situées en avant ou en arrière des corps vertébraux ne se rencontrent que chez des sujets âgés. Peut-être se trouvent-elles plus souvent chez ceux qui se sont livrés à des travaux pénibles; cela expliquerait pour-

(1) Voir le *Progrès Médical* de 1874, p. 509.

quoi elles sont moins fréquentes et généralement moins volumineuses chez la femme.

10. Catarrhe vésical suivi de périnéphrite et de néphrite suppurée. — Pychémie; par M. J. B. GAUCÉ, interne des hôpitaux.

La nommée L...., 29 ans, ménagère, est entrée le 31 octobre 1876, à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Charles, n° 13 (service de M. Richet, suppléé par M. LEDENTU.) Sa mère, par intervalles, aurait des douleurs de rein, ainsi que d'autres parents du côté maternel. A 12 ans, L. aurait reçu un coup de pied de vache sur le flanc. Réglée à 16 ans. — Il y a 6 ans, douleurs rhumatismales à la région lombaire et aux membres inférieurs. — Grossesse régulière et accouchement normal à 27 ans; sauf durant le travail, de fortes douleurs, dites de rein qui se seraient prolongées jusqu'à 12 heures.

La maladie actuelle a débuté il y a 16 mois (octobre 1875) par une douleur intense au côté droit, qui s'accroissait au moment des règles. — Alors existaient aussi de l'albuminurie et un ulcère du col utérin. Mais c'est depuis avril 1876, que la miction est devenue douloureuse, surtout pour expulser les dernières gouttes d'urine. En outre, envies fréquentes d'uriner. A l'aide du spéculum, on ne découvre aucune lésion du col utérin. Seulement l'utérus est en antéflexion, position à laquelle on peut attribuer la cystite chronique, révélée par l'émission d'urines mucoso-purulentes. Le toucher réveille une douleur intense de névralgie utérine, à la partie supérieure droite du col et après la miction, ténosme vésical dû à une contraction du col de la vessie, et accompagné de ténosme rectal. Pas de constipation. *Traitement.* Bains et pilules de térébenthine. — Injections vésicales d'eau tiède.

En janvier 1877, éclate un frisson violent. En même temps, douleurs très-intenses de cystite aiguë au bas-ventre et aux reins. Urines mucoso-purulentes avec précipité abondant d'albumine par l'acide nitrique et la chaleur: au niveau de la région lombaire et à droite, un peu d'empâtement. Au palper abdominal, très-forte douleur se propageant le long de l'uretère droit. — Le facies devient jaune-bistre. Membre inférieur droit douloureux. Sulfate de quinine, 0 gr. 75, celui-ci est supprimé ensuite à cause de vomissements.

19 janvier. Soubresauts des tendons. Secousses musculaires. Frissons. Urine peu abondante.

22 janvier. La température, comprise entre 38° et 40°, n'a présenté que deux fois des intermittences franches, le 10 janvier (37°, 6,) et ce matin (37°, 9.) Cependant la malade remue

assez faiblement dans son lit. Injection sous-cutanée de morphine à cause de la douleur.

23 *janvier*. Affaiblissement progressif. Teinte jaunâtre plus accentuée. La malade ne peut prendre du bouillon sans le vomir. Douleur persistant toujours à la région lombaire droite ; la fluctuation profonde, d'abord obscure, y devient plus nette. L'élévation de température se maintient. En présence de l'aggravation de tous ces phénomènes, M. Ledentu se décide à ouvrir le foyer.

24 *janvier*. M. Ledentu incise couche par couche en dehors de la masse sacro-lombaire. La première incision transversale, mesure 6 centimètres. A 1 centimètre de profondeur, un dernier plan aponévrotique incisé, laisse échapper un verre de pus déjà fétide. Deux tubes de caoutchouc sont placés dans la poche, pour faciliter l'écoulement du pus ainsi que les lavages à l'eau alcoolisée. La malade ressent bien moins de douleur à la région lombaire.

28 *janvier*. Langue humide. Teint un peu rosé; il n'est plus jaune-bistre. Pas de vomissements depuis deux jours. Les tubes ont été ôtés, le pus s'écoulant convenablement. Cependant la température, après un abaissement vespéral temporaire, s'est élevée de nouveau. — De cette élévation constante et de l'absence de pus dans les urines, M. Ledentu conclut à l'existence d'un second foyer.

9 *février*. Une ponction exploratrice avec l'aspirateur fait reconnaître, en effet, la présence d'une collection purulente au-dessus de l'ancien foyer.

10 *février*. M. Ledentu fait une seconde incision transversale à 0 m. 02 au-dessus de la première et parallèlement à celle-ci. Le doigt introduit dans l'intérieur de la plaie donne la sensation d'une partie molle, fluctuante, comme celle du bord convexe du rein ramolli et peut-être abcédé. Il est placé un tube long de 6 centimètres. A la suite de l'incision, frisson violent d'une demi-heure. Le liquide de l'injection alcoolisée reflue de la plaie inférieure vers la plaie supérieure, mais l'écoulement en sens inverse n'a pas lieu.

12 *février*. Les parois du foyer se sont rétractées, ce qui force à raccourcir le tube.

13 *février*. Le pus qui s'écoule n'est pas de bonne nature, mais un peu grisâtre, ce qui tient à l'état général de la malade qui ne s'est pas amendé, car l'abaissement de la température n'a été que momentané.

15 *février*. Un peu de rougeur au-dessus de la plaie supérieure dans l'étendue de 2 centimètres.

16 *février*. Frisson le matin, un peu de douleur au poignet droit.

Dans les jours qui suivent, subdélirium le soir. Frissons irréguliers; douleur spontanée à l'hypochondre gauche. Teinte subictérique des conjonctives. La température atteint des chiffres de plus en plus élevés. Amaigrissement et affaiblissement progressifs jusqu'au jour du décès, le 25 février à 10 heures du soir (1).

AUTOPSIE, le 27 février. — *Crâne*. Le cerveau est normal et ne présente pas la moindre trace d'abcès métastatiques. *Thorax*. Poumon droit sain. — Poumon gauche congestionné. — Celui-ci offre à la coupe de la partie supérieure de son lobe inférieur quelques foyers purulents de la grosseur d'un petit pois. — Cœur à fibres musculaires pâles, décolorées.

ABDOMEN. *Foie* de coloration normale. A la surface convexe de son lobe droit, on remarque plusieurs abcès de la grandeur d'une noix; on en rencontre aussi à la coupe, il en existe un dans le lobe gauche. — Ils sont tous plus rapprochés de la surface convexe que de la face inférieure. *Rate*. Elle est plus volumineuse qu'à l'état normal et pèse 585 gr. Un abcès sur sa face externe. *Rein gauche*. Il présente sur son bord concave un seul abcès métastatique. La capsule se détache facilement. *Rein droit*. C'est sur ce dernier que siègent les lésions les plus remarquables. L'atmosphère celluleuse qui l'entoure, ainsi que sa capsule, est transformée en un tissu induré et compacte. Une incision faite dans le bassin à la partie inférieure de cette masse indurée, laisse échapper du pus qui provient d'un foyer distinct. C'est à cette poche que correspond l'incision inférieure faite à la région lombaire durant la vie, mais le doigt introduit par la plaie n'y pénètre pas. — L'uretère incisé dans sa longueur permet d'arriver sur le bassin où l'on constate les particularités suivantes: il existe à sa surface deux orifices fistuleux, une sonde cannelée introduite par l'un d'eux, atteint la limite du bord externe et de la face antérieure du rein au niveau du trajet de la seconde incision, à la partie supérieure du flanc droit. En ce point, l'incision porte sur le rein ramolli et suppuré. L'uretère droit et la surface de la muqueuse vésicale, présentent les traces d'une inflammation arrivée à résolution: celle-ci s'est donc propagée par voie de continuité de tissu.

M. RECLUS présente une pièce sèche sur laquelle on peut constater une anomalie très-rare de l'artère ophthalmique qui, au lieu de pénétrer dans l'orbite par le trou optique passe par la partie supérieure de la fente sphénoïdale.

(1) La température a été prise 2 fois par jour, pendant tout le temps de la durée de la maladie. La courbe thermique est déposée dans l'album de la Société.

41. Tumeur du sein ; par BRUN, interne des hôpitaux.

Cette tumeur a été enlevée par M. DESPRAZ à une femme de 69 ans. La malade fait remonter le début de son affection, à 6 semaines seulement ; elle n'en a été avertie que par l'augmentation de volume de son sein, et jamais depuis cette époque elle n'a éprouvé la moindre douleur. Au moment de l'opération, la tumeur présente à peu près le volume du poing. Elle est dure, bosselée, mobile sur les parties profondes. La peau adhérente en tous les points a conservé sa coloration normale, sauf à la partie externe du mamelon, où elle est amincie et violacée. Il n'existe pas trace d'engorgement ganglionnaire et la pression ne fait sortir aucun liquide par le mamelon.

Sur une coupe médiane, verticale et antéro-postérieure, on voit que cette tumeur se compose de deux parties. En arrière, vaste cavité kystique contenant un liquide absolument citrin ; en avant, masse solide, peu consistante, érilée de petits orifices desquels la pression fait sortir un liquide visqueux, jaunâtre, semblable à du pus. Tout-à-fait à la partie postérieure de la tumeur, entourant la cavité kystique, se trouvent des petites masses, dures, bosselées ; enfin, à la partie antérieure, au niveau du point où la peau est violacée et amincie, existe une petite cavité remplie de liquide absolument semblable à celui contenu dans le kyste principal. L'examen microscopique a montré qu'il s'agissait d'un carcinome kystique.

42. Infarctus calcifié du poumon ; par A. PITRES.

Taill... Louise, âgée de 44 ans, est entrée à la Salpêtrière, (service de M. CHARCOT), le 16 novembre 1875, pour un cancer de l'utérus. Elle ne peut dire au juste à quelle époque remonte le début de sa maladie. En 1862, trois mois après sa dernière couche, elle eut une métrorrhagie très-abondante. A partir de ce moment, elle n'a pas cessé d'avoir des pertes blanches souvent colorées en rouge. En 1867, elle eut une seconde métrorrhagie, et trois ans plus tard une troisième.

Dans les premiers mois de 1875, ses règles ont cessé de paraître, et depuis cette époque, elle a toujours eu des pertes blanches très-abondantes et très-fétides. En même temps apparaissaient de vives douleurs dans le bas-ventre, le pli de l'aîne et la région sacrée.

En janvier 1876, la malade est très-anémique. Pâleur des téguments. Faiblesse extrême ; elle peut à peine s'asseoir sur

son lit. Le toucher vaginal est très-douloureux ; il permet de constater une vaste ulcération fongueuse, occupant la paroi supérieure du vagin dans presque toute son étendue et ayant détruit le col. Incontinence d'urines. Douleurs spontanées, violentes dans les régions lombaire et inguinale. Pas d'œdème des membres inférieurs. Dans les premiers jours du mois de février, on constate un peu d'œdème du pied et de la jambe du côté droit. Appétit nul. Teinte cachectique. Vomissements fréquents. Mort le 27 février 1876.

AUTOPSIE. *Encéphale* sain. *Cœur* non hypertrophié. Myocarde mou, jaunâtre, un peu friable.

Les valvules sigmoïdes et tricuspide sont saines : sur la valvule mitrale, on trouve plusieurs végétations grisâtres en forme de choux-fleurs : l'une d'elle est grosse comme une petite noisette, les autres ont le volume d'un pois. Sur la rate, on aperçoit une dépression qui correspond à un gros infarctus triangulaire, d'une coloration jaunâtre.

Le foie, un peu augmenté de volume, est jaune et gras. Pas de péritonite. Les parois vaginales sont détruites dans presque toute leur étendue par une ulcération ichoreuse irrégulière à fond induré qui s'étend jusqu'au col de l'utérus (1). Les ganglions lombaires et pelviens sont peu altérés. Pas de péritonite.

Les reins sont pâles, très-anémiques. Pas d'abcès. Les uretères ne sont pas dilatés.

Poumon gauche. Le lobe supérieur est sain. Le lobe inférieur a une coloration gris pâle, il ne crépité pas sous le doigt, son élasticité est diminuée, car si on presse avec le doigt sur sa face externe, il se forme au point comprimé un creux qui persiste après que l'on a retiré le doigt. La coupe est sèche, pâle, et on distingue les orifices des bronches et des vaisseaux sectionnés.

Si l'on passe le doigt sur la surface de section, on éprouve la sensation que donnerait une éponge fine non lavée et contenant encore dans son tissu de nombreux grains de sable. Les fragments de ce point du poumon ne sont pas friables, et plongés dans l'eau ils surnagent sans hésitation.

Les lobes supérieur et moyen du *poumon droit* sont sains. Dans le lobe inférieur se trouve une masse triangulaire dont la base amincie occupe le bord tranchant de l'organe, et dont le sommet est dirigé vers le hile, à bords parfaitement nets et d'une consistance très-ferme. A son niveau, la plèvre ne présente aucune différence de coloration ni de structure.

(1) L'examen microscopique a montré que le tissu induré sur lequel reposait l'ulcération était du tissu carcinomateux.

Cette masse a une consistance tout-à-fait pierreuse. Elle est très-difficile à couper; la surface de section est sèche, grise, non élastique, et donne tout-à-fait au doigt la sensation que donne une pierre calcaire. Des fragments de ce tissu plongé dans l'eau vont au fond du vase.

A l'extrémité inférieure de la veine cave inférieure existe un caillot pariétal, gris-jaunâtre, du volume d'une plume à écrire se prolongeant un peu dans les veines iliaques internes, fortement adhérent aux parois veineuses. Quand on passe le doigt sur ce caillot, on éprouve la même sensation qu'en le passant sur le lobe inférieur du poumon gauche. On dirait que sa surface a été saupoudrée de sable.

Examen microscopique. — Des fragments des portions altérées des poumons et du caillot de la veine cave ont été plongés dans une solution d'acide picrique jusqu'à ce que la décalcification ait été suffisante pour permettre de pratiquer des coupes. Ces coupes, colorées au picrocarminate et montées dans la glycérine, ont permis de constater ce qui suit :

Dans le lobe inférieur du poumon gauche, la seule altération qu'on ait pu constater est la présence de granulations calcaires irrégulièrement disséminées dans l'épaisseur des parois alvéolaires.

Dans la masse calcifiée qui se trouvait au centre du lobe inférieur du poumon droit, les altérations sont plus complexes : les cavités alvéolaires y sont remplies par un tissu de nouvelle formation, constitué par une substance intermédiaire transparente non colorée par le carmin et par des cellules fusiformes ou ramifiées, plongées au sein de la substance intermédiaire, ce qui donne à ce tissu l'apparence du tissu muqueux.

Les limites des alvéoles sont parfaitement indiquées ; elles sont formées par de nombreux vaisseaux, la plupart gorgés de sang, par des cellules du tissu conjonctif et par des fibres élastiques. Au milieu de tous ces éléments se trouvent accumulées un grand nombre de granulations calcaires. Ces granulations n'existent absolument que dans les parois alvéolaires ; on n'en trouve pas dans le néo-tissu qui occupe la cavité des alvéoles.

Le caillot de la veine cave est formé par une accumulation énorme de leucocytes au milieu desquels on reconnaît de loin en loin quelques travées fibrineuses. Au sein de cette masse se trouvant plongées sans ordre apparent de nombreuses granulations calcaires.

En résumé, il existait chez cette femme une infiltration calcaire du caillot, et des parois alvéolaires dans le lobe inférieur du poumon gauche. Quant à la lésion singulière du

lobe inférieur du poumon droit, son siège, sa forme, la coexistence d'un infarctus ancien dans la rate, et la présence de saillies bourgeonnantes et molles sur les valvules mitrales d'une part, et d'autre part, la nature des altérations révélées par le microscope me font penser qu'elle est le résultat d'un infarctus dans lequel le sang épanché dans les alvéoles a subi des transformations analogues à celles que subissent les caillots intra-vasculaires qui s'organisent, tandis que les parois alvéolaires se sont infiltrées de granulations calcaires.

13. Fracture des os du genou avec pénétration de l'air entre les fragments et dans la cavité articulaire. — Oblitération des artères situées en aval par la formation d'un caillot au niveau d'un point de la poplitée où la tunique interne a été rompue ; par M. CHAUQUET, interne des hôpitaux.

Le 26 février, à trois heures de l'après-midi, on apporte salle Saint-Louis, n° 26, hôpital de la Pitié, (service de M. VERNEUIL), un cantonnier, B..., âgé de 65 ans, qui vient d'être renversé par un tramway. La roue a passé sur l'extrémité du genou gauche qu'elle a fracassée. L'interne de garde fait un pansement à l'acide phénique. Aucune artère ne donnait et il n'existait même qu'un suintement sanguin insignifiant.

À cinq heures du soir, voici quel est l'état de la partie blessée. La jambe est fortement portée en dedans, la rotule est déviée dans le même sens. Deux grandes plaies existent, une à la face interne et postérieure du genou, de 12 à 14 centimètres de longueur, l'autre à la partie externe et postérieure bien moins étendue.

Elles ont l'une et l'autre leurs bords fortement contus. Un liquide séro-sanguinolent présentant à sa surface des taches huileuses, suinte par la plaie interne. La jambe, ramenée dans sa situation normale, donne la sensation d'une grosse crépitation se produisant dans les os. Il s'agit évidemment de fractures multiples avec ouverture du foyer et de l'articulation.

La jambe présente une particularité qui ajoute encore à la gravité du pronostic. Elle est d'une teinte blanc mat, absolument froide, malgré les tentatives faites pour la réchauffer. On ne sent de battements, ni dans la pédieuse, ni dans l'artère tibiale postérieure. La sensibilité n'est pas entièrement abolie : le blessé sent bien les piqures faites avec une épingle.

L'état général est d'ailleurs satisfaisant.

Le pouls est normal. T. A. 37°,4.

L'intelligence est entière et le blessé donne lui-même des détails sur son accident. Il nous apprend qu'il a perdu connaissance au moment de la chute, mais qu'il est bientôt revenu

à lui, que quelques jours auparavant il a fait une autre chute dans laquelle il s'est fracturé une côte et il porte depuis lors un bandage de corps. La raison de ces malheurs si fréquents est facile à deviner : notre homme est un alcoolique et fréquemment on le rencontrait travaillant sur la voie publique dans un état d'ébriété non douteux. — *Soir*. T. 37°,6.

27 février. La nuit s'est passée sans accidents. L'état général est satisfaisant. T. 38°,6. La langue est seulement un peu sèche. L'état local au contraire laisse à désirer. La plaie n'a laissé écouler que de la sérosité teintée de sang, mais les bords ont mauvais aspect. Dans la partie supérieure, il s'est déjà développé une certaine quantité de gaz qui donne à la percussion le son caractéristique de l'emphysème. Le pied semble s'être réchauffé un peu, mais il est loin d'avoir le degré de température de l'autre. La circulation ne s'est pas rétablie dans la pédieuse et la tibiale postérieure. La sensibilité sans être entièrement abolie est toujours très-obtuse. Les viscères paraissent sains. L'urine ne contient ni sucre, ni albumine. L'amputation est décidée sur le champ par M. Verneuil. Elle est faite au tiers inférieur de la cuisse après chloroformisation par le procédé circulaire. Pendant l'opération, notons une particularité. La compression digitale très-bien faite n'empêcha pas le sang de couler avec une certaine abondance et il fallut lier un grand nombre d'artères. L'athérôme généralisé du système artériel de l'individu fut regardé comme étant cause de cette hémorrhagie. — Pansement ouaté. T. à 2 heures 37°,4.

Le soir, l'état de l'amputé paraît satisfaisant. Il ne souffre pas, n'a pas saigné. La langue est toujours sèche et la soif vive. — *Soir*: T. 37°,4.

28 février. La ouate a été traversée par une grande quantité de liquide qui répand une odeur fétide. La fièvre est peu considérable: 37°,6, mais l'état général semble s'aggraver tout-à-coup. La langue est dure et fendillée, les lèvres sont noirâtres et écailleuses, le ventre est météorisé, la respiration est rapide. De plus, tandis que le thermomètre est relativement bas, le poulx, au contraire donne 130 à 140 pulsations.

2 heures. T. 38°,4. — 4 heures, 38°,6. — 5 heures, 38°,5.

1^{er} mars. Au moment de la visite le malade est à l'agonie.

AUTOPSIE. — Le genou amputé présente des lésions multiples. L'articulation est ouverte en plusieurs endroits, très-largement à la partie interne. La partie postérieure du condyle interne du fémur est fracturée, et repoussée en arrière de façon à former un plan incliné en dedans sur lequel a glissé la rotule. L'extrémité interne du plateau du tibia est également fracturée; il ne reste du fragment que des par-

celles osseuses qui sont disséminées en partie dans l'articulation tandis que d'autres restent adhérentes aux lambeaux du ligament latéral interne qui a été déchiré. Sur la face antérieure du fémur, au-dessus des condyles, il existe une éraillure superficielle de l'os de la forme et de l'étendue d'une pièce de vingt sous. Le ligament latéral externe est intact.

L'artère poplitée, la veine et le nerf sont plongés dans du tissu cellulo graisseux ecchymosé en deux points principalement, tout en haut du creux poplité et au niveau de l'anneau du soléaire. Aucun des trois organes ne paraissait extérieurement avoir été fortement contus. La veine était absolument intacte. L'artère le paraissait également; aucune des nombreuses branches du creux poplité n'a été rompue. Séparée des parties molles voisines, l'artère nous présente l'aspect suivant. D'une manière générale, elle est athéromateuse, son calibre est nettement dessiné, en un point qui correspond à la partie supérieure du creux poplité, les parois résistent au doigt qui veut les déprimer. En deux points on constate une coloration ecchymotique de l'artère au milieu de sa portion poplitée, et au point où elle se divise en tibiale antérieure et tronc tibio-péronier. Si on comprime en ces différents points on sent une résistance qui ne peut être due qu'à l'existence de caillots dans la cavité. L'artère ouverte avec précaution montre en effet en ces deux points des caillots qui ont l'aspect suivant. Au niveau du point supérieur, il existe un caillot blanchâtre, fibrineux, fortement adhérent à la paroi, de la longueur de un centimètre environ. A celui-ci fait suite un caillot d'un autre aspect, noirâtre, non adhérent, d'une longueur de quatre centimètres. Plus loin, à cheval sur la bifurcation artérielle et détachée sans nul doute du précédent, cruorique comme lui, de même âge et de même forme, existe un autre caillot qui se prolonge, mais peu avant, dans la tibiale et le tronc tibio-péronier. Quelle était la cause du caillot adhérent? En examinant la paroi artérielle à ce niveau, on voit que la tunique interne, probablement seule, a été rompue dans une étendue de 7 à 8 millimètres, formant une zone presque complète sur la paroi interne du vaisseau. Le lambeau n'est guère plus épais qu'une feuille de baudruche et c'est ce qui fait dire que la tunique interne seule a probablement été déchirée. Il reste adhérent par son extrémité au reste de la tunique non lésée. Il était absolument insuffisant pour arrêter l'ondée sanguine et son reeroquevillement n'a pas pu être cause de l'arrêt subit du sang dans l'artère. Il est plus probable que le caillot s'est fait par des dépôts successifs de fibrine au niveau du point où manquait la tunique interne.

Le moignon exhale l'odeur de gangrène. Les extrémités de la manchette cutanée, et les extrémités musculaires sont sphacélées.

L'examen des viscères a révélé la cause de la mort. Voici à ce sujet la note qui m'a été remise par M. Nepveu après examen microscopique.

Le foie, à une coupe générale de l'organe, présente des marbrures blanc jaunâtre qui semblent au premier abord une altération graisseuse disséminée dans l'organe. La consistance est normale, peut-être même un peu supérieure à la consistance normale, fait qui éloigne l'hypothèse de lésions d'origine septique. Cependant sur des coupes faites en différents points de l'organe on trouve :

1° Sur les marbrures blanches, que la lésion consiste non en un amas de cellules blanches, mais dans une lésion graisseuse très-étendue occupant tout le lobule, centre et périphérie ; 2° Dans les autres points du foie, là où l'aspect paraît normal, les lésions granuleuses et la tuméfaction trouble caractéristiques de l'empoisonnement septique.

La rate était cirrrosée, criait sous le scalpel, on avait peine à y retrouver les éléments cellulaires et voilà ce qui explique comment cet organe atrophié chez un homme d'âge avancé n'a pas pu prendre le développement ordinaire de la septicémie.

Les reins sont petits, cependant la substance glandulaire est relativement augmentée de volume. La substance corticale est très-épaissie, blanc jaunâtre sur une coupe générale de l'organe. Si on vient à décortiquer le rein, on ne trouve pas d'adhérences anormales, sauf en quelques points isolés. Les deux organes sont atteints d'une congestion extrêmement vive. Sur des coupes microscopiques, on retrouve très-nettement la tuméfaction trouble des épithéliums, un état finement granuleux qui résiste à l'acide acétique. Ces épithéliums augmentés de volume diminuent la lumière des canalicules.

En résumé : 1° état sénile antérieur de la plupart des viscères importants, prédominance légère du tissu conjonctif comparé aux éléments cellulaires caractéristiques de l'organe ; 2° Altération généralisée, état granuleux, tuméfaction trouble de la plupart des éléments épithéliaux caractéristiques des principaux viscères. Ce sont les lésions de la septicémie.

RÉFLEXIONS. — Le point important de cette observation est dans l'altération de la tunique interne de l'artère à la suite d'une contusion, et dans l'oblitération qui n'a pas tardé à suivre cette lésion. Le fait est assez rare pour que des chirurgiens fort au courant des découvertes anatomo-pathologiques. (Séance de la Société de chirurgie du 5 octobre 1876),

out en admettant sa possibilité, déclarent n'en avoir pas vu d'exemple.

Cependant MM. Verneuil, Tillaux et Terrier en ont observé chacun un cas. Hâtons-nous d'ajouter aussi que les auteurs classiques sont tous d'accord à ce sujet : la contusion d'une artère peut déterminer la déchirure des tuniques interne et moyenne et l'oblitération consécutive. Deux mécanismes sont invoqués pour expliquer l'oblitération ; elle survient tantôt par le recroquevillement des tuniques rompues qui se détachent de la tunique externe et provoquent la formation d'un caillot obturateur prenant un point d'appui sur elles, tantôt par le retroussement des tuniques interne et moyenne chassées par le courant sanguin vers la partie inférieure de l'artère. Ici c'est le premier mécanisme qu'il faut invoquer.

La contusion artérielle ne produit pas toujours des lésions aussi considérables. Les expériences de Bécларd semblent démontrer que la contusion simple produit chez les animaux un épaississement des parois de l'artère et augmente leur solidité (Nélaton, Dict. de médecine et de chirurgie pratiques). Chez un individu dont les artères sont saines, il doit en être de même. Mais s'agit-il d'un vaisseau athéromateux, alors il se passe ce que nous venons de voir, les tuniques déjà malades se rompent et l'oblitération se fait.

14. Hémiplegie faciale déterminée par une tumeur kystique de la base du cerveau. — Tumeur du lobe droit du cervelet ; par M. GENDRON, externe.

Louise D..., entre le 9 février, à l'Hôtel-Dieu, (service de M. G. SÉE). C'est une femme de 40 ans, veuve, encore réglée. Une interruption de deux mois vient de se produire dans l'apparition des pertes menstruelles qui sont revenues ces jours derniers seulement. Elle n'a pas eu d'enfants. Pendant sa jeunesse elle était sujette aux attaques de nerfs qui survenaient fréquemment sous l'influence de la moindre contrariété.

La malade a habité autrefois l'Algérie et vers 1861 contracta dans ce pays des fièvres intermittentes ; depuis cette époque elle éprouve encore fréquemment des accès fébriles débutant par un frisson et revenant à la même heure pendant deux ou trois jours consécutifs. Ces accès, nous dit-elle, surviennent surtout sous l'influence des changements de température. Elle a été soumise au sulfate de quinine. Depuis longtemps aussi elle a des palpitations de cœur. Elle vit dans la privation et est obligée de s'astreindre à une alimentation souvent insuffisante.

Durant ces dernières années cette femme éprouvait assez souvent des éblouissements subits et momentanés, sans vertige, sans défaillance, sans autres phénomènes qu'un trouble passager de la vue.

Elle nous raconte que cinq jours avant d'entrer à l'hôpital, ayant éprouvé le besoin de se lever pendant la nuit, elle fut prise de vertige et tomba par terre ; mais elle ne perdit pas connaissance, elle chercha à regagner son lit et n'y monta qu'avec une grande difficulté. Le lendemain matin elle ne put se lever, la station debout lui était devenue presque impossible à cause des vertiges qu'elle éprouvait dès qu'elle voulait marcher ; en outre, elle remarquait elle-même qu'elle avait une déformation de la bouche et ressentit en même temps un peu de gêne pour la prononciation des mots.

En examinant la malade, on constate en effet qu'elle présente une hémiplégié faciale du côté droit, affectant surtout les muscles de la commissure labiale, l'orbiculaire des lèvres et le buccinateur. Le sillon naso-labial droit est presque effacé, la commissure labiale est portée en dedans : au contraire du côté gauche la commissure est tirée en dehors. Si on prie la malade de souffler en fermant la bouche, de manière à gonfler les joues, elle ne peut retenir l'air qui s'échappe par les lèvres entr'ouvertes du côté droit. La parole, légèrement nasonnée, n'est pas indistincte, mais seulement beaucoup moins nette qu'à l'état normal. La mastication est gênée, les aliments qui tombent entre l'arcade alvéolaire droite et la joue, ne peuvent être que difficilement expulsés par suite de l'inertie du muscle buccinateur. Le nez ne présente qu'une déformation peu sensible ; l'aile est légèrement tirée en bas.

Le facial supérieur est indemne ; l'occlusion des paupières s'exécute complètement. Le globe de l'œil jouit de sa mobilité normale ; le sens de la vue n'est pas altéré. Les rides du front sont égales de chaque côté. Ni la langue, ni la luette ne sont déviées et la déglutition n'est nullement entravée. L'ouïe n'a subi aucun trouble. Le sens du goût est devenu très-obtus. La sensibilité générale est intacte.

Depuis l'accident nocturne qui a marqué le début de cette paralysie, la malade est fréquemment prise d'accès de hoquet ; elle se plaint d'une céphalalgie continue ; sa langue blanchâtre reste constamment sèche, et elle éprouve sans cesse une soif très-vive. L'appétit lui fait défaut : déjà depuis un mois elle avait presque chaque matin des vomissements glaireux et amers ; elle continue à vomir le matin et rejette souvent les aliments qu'elle prend dans la journée. Elle accuse aussi de la constipation.

Le poulx est normal. L'auscultation ne révèle aucune altéra-

tion des bruits du cœur. La rate ne présente pas d'augmentation de volume. La malade a conservé toute sa mémoire. Elle ressent une grande faiblesse générale, mais, à part cet affaiblissement, il n'existe aucune autre paralysie que celle qui a été signalée pour les muscles de la face et pour le groupe labial en particulier.

Les membres exécutent parfaitement les mouvements et les contractions sont également énergiques des deux côtés. Lorsqu'on fait lever la malade on constate l'existence des vertiges mais il n'existe aucun mouvement de propulsion ni de rétro-pulsion. La description que nous venons de faire de l'état général de la malade et des divers signes physiques et fonctionnels se rattachant à la paralysie faciale, reste encore l'expression exacte de ce qu'on observe pendant les jours suivants.

17 février. L'état général s'aggrave, l'habitus de la malade dénote les progrès de l'épuisement; le facies toujours caractéristique est empreint de stupeur. La prononciation devient plus incorrecte. Elle vomit les quelques aliments qu'on lui fait prendre.

19 février. L'aggravation est encore plus accentuée, elle est surtout caractérisée par une prostration considérable. La malade, dans le décubitus dorsal, immobile, la bouche ouverte ne répond plus aux questions qu'on lui adresse; elle ne produit presque aucun son articulé. Les déformations de la face sont toujours les mêmes. La paralysie s'est un peu étendue: la paupière gauche reste plus abaissée que la droite et lorsque la malade ferme les yeux on constate que les contractions de l'orbiculaire gauche sont plus énergiques que du côté opposé. La langue desséchée, reste immobile derrière l'arcade dentaire dans les mouvements très-limités que la malade lui imprime elle paraît un peu déviée à droite, du côté paralysé. Le voile du palais n'est pas déformé.

L'alimentation devient de plus en plus insuffisante, la déglutition ne se fait pas et la malade rejette presque tout ce qu'on lui introduit dans la bouche. Les évacuations sont involontaires; la miction ne se fait plus que par regorgement, on est obligé d'évacuer la vessie avec la sonde.

La température axillaire atteint à peine 37°, même le soir. Le pouls marque 58. Le cœur n'offre rien d'anormal, ses contractions sont régulières et n'ont pas diminué d'énergie. La respiration n'est pas gênée; l'auscultation du poumon ne révèle aucun râle; des séries d'inspirations superficielles ou profondes se succèdent alternativement. Bien qu'aucun antécédent syphilitique n'existe à notre connaissance on prescrit un gramme d'iodure de potassium.

23 février. La parole devient manifestement de plus en plus

indistincte. La déviation de la langue à droite est bien sensible ; la luette présente aussi une inclinaison marquée du côté paralysé, si on exerce une titillation à sa surface on ne provoque pas de contractions réflexes. Les rides du front sont beaucoup plus marquées à gauche qu'à droite. Tous ces derniers signes n'existaient pas au début. A la face la sensibilité est toujours restée intacte aussi bien que du côté des membres qui ne présentent aucun trouble de motilité.

27 février. La dysphagie persistante et l'intolérance de l'estomac pour le peu d'aliments qu'on parvient à faire avaler à la malade, expliquent suffisamment les progrès incessants de l'inanition. En même temps que les sons articulés deviennent de plus en plus rares, la voix s'éteint ; les inspirations sont très superficielles et le murmure respiratoire très-affaibli ; les battements du cœur sont précipités ; la malade est tombée dans l'état comateux. On constate comme phénomène nouveau un tremblement de la tête, qu'on observe aussi dans tout le bras droit lorsqu'il n'est pas complètement appuyé sur le lit. La malade meurt dans la matinée du 28.

AUTOPSIE. — La portion osseuse de la base du crâne qui répond au lobe moyen droit du cerveau est notablement augmentée de volume, l'apophyse basilaire présente des marques d'ostéite. En examinant les hémisphères cérébraux, on découvre au sommet du lobe sphénoïdal gauche une petite excavation en forme de segment d'ovoïde et à fond uni ; la substance nerveuse qui en occupe le pourtour n'est pas ramollie. Cette cavité logeait sans doute une partie d'une tumeur kystique qui a été ouverte en pratiquant l'autopsie et dont les débris d'enveloppe adhèrent encore à la protubérance. L'examen microscopique a montré qu'il ne s'agissait pas ici d'un kyste à cysticerques. Si on compare la corne d'Ammon du côté gauche à celle du côté opposé, on constate qu'elle offre une diminution notable de son volume.

Le tissu des hémisphères a gardé sa consistance. En faisant des coupes verticales et transversales, on observe au milieu de la substance blanche du lobe postérieur de l'hémisphère droit, plusieurs foyers d'un rouge violacé au niveau desquels le tissu est moins consistant. La *protubérance* et le *bulbe*, considérés dans leur ensemble, son très-sensiblement déjetés du côté droit. La face latérale gauche de la protubérance est déprimée ; sur cette face on trouve, adhérent à la pie-mère, les débris de la poche kystique qui est comme rétractée et s'étendait probablement plus bas jusque sur la partie supérieure du bulbe. Celle-ci est, en effet, refoulée du côté droit et présente un aplatissement notable dans sa moitié gauche.

Le *cervelet* n'est pas modifié dans sa conformation extérieure

Une coupe horizontale, faite transversalement, découvre dans son lobe droit un foyer assez étendu, rempli par une substance jaune, de consistance semi-molle, se détachant facilement des parois limitantes qui sont formées par une zone de tissu rouge-violacé et ramolli. Cette lésion occupe la substance blanche, elle est située entre la substance grise périphérique et l'olive cérébelleuse, son volume égale à peu près celui d'une noix, sa forme est allongée en avant et en dedans, l'olive comprimée de dehors en dedans par cette tumeur, est notablement aplatie dans le sens transversal. Il n'y a à signaler aucune lésion viscérale, le cœur est sain et il n'existe pas d'athérome des artères.

Examen microscopique de la lésion cérébelleuse. La tumeur du cervelet est un *gliôme* dont les éléments ont été brusquement dilacérés par une hémorragie. Il est résulté de cette hémorragie une cavité, dont les parois sont formées par le tissu du gliôme, et dont le contenu est un simple caillot qui a subi toutes les altérations que l'on observe habituellement dans les épanchements de sang au milieu de la substance cérébrale.

15. Entorse. Mort subite. Dilatation aortique ; par A. BOURSIER, interne des hôpitaux.

L... Louis, âgé de 53 ans, journalier, entre le 8 janvier 1877, à l'hôpital Cochin (service de M. DESPRÈS), atteint d'une entorse de l'articulation tibio-tarsienne gauche datant du 6 janvier. La jambe est placée dans un appareil silicaté remontant jusqu'à la partie moyenne du mollet. Elle y reste jusqu'au 27 février. Comme le malade ne souffrait plus et pouvait marcher facilement avec son appareil, M. Desprès ordonna un bain pour pouvoir plus aisément enlever l'appareil silicaté.

En sortant du bain, L... est pris subitement d'une dyspnée intense, avec sensation d'oppression, douleur précordiale et une grande pâleur de la face. La sensation d'étouffements augmente rapidement, et le malade meurt en deux ou trois minutes avec quelques mouvements convulsifs.

AUTOPSIE. — La mort subite a pu être expliquée par la présence d'une dilatation très-considérable de la crosse aortique. Comprenant la partie ascendante et horizontale de l'artère, Cette vaste poche, tapissée presque entièrement de plaques calcaires cassant sous le doigt, ne contenait aucun caillot. Le cœur était volumineux, notablement hypertrophié, principalement le ventricule gauche. De plus, la dilatation avait amené mécaniquement une insuffisance des valvules aortiques qui suffisait à rendre compte de la mort subite.

L'attention a été aussi attirée du côté de l'articulation tibio-tarsienne qui avait été le siège de l'entorse. Mais l'accident remontant à deux mois, les seules lésions qu'on a pu rencontrer sont de légers épanchements sanguins ou synoviaux au niveau des ligaments antérieurs et postérieurs de l'articulation et de plus des cicatrices rougeâtres, traces d'arrachements au niveau de l'insertion péronière des ligaments péronéo-astragaliens antérieurs et postérieurs. Les ligaments latéraux internes étaient absolument sains et la cavité articulaire ne contenant pas de liquide. Il n'y avait aucune déchirure des gaines tendineuses entourant l'article, et les surfaces articulaires étaient intactes.

16. Fœtus anencéphale ; par V. BELLOUARD, interne des hôpitaux.

Ce monstre, recueilli par M. le Dr Fouqueau (de Boignes, Loiret), qui l'a envoyé à M. J. Lucas-Championnière, est le produit d'une fille idiote, morte en le mettant au monde. C'est un fœtus femelle, arrivé environ au huitième mois de la vie intra-utérine. Bien qu'il n'ait été observé qu'assez longtemps après l'accouchement, on peut affirmer qu'il n'a pas vécu, car ses poumons n'ont pas respiré. Comme déformation extérieure, il ne présente, en outre de celles qui caractérisent sa monstruosité, que le développement d'une phalange accessoire au pouce de la main gauche.

Grâce au défaut apparent de la colonne cervicale, la face semble se continuer immédiatement avec le thorax. Les cheveux apparaissent immédiatement au-dessus des arcades sourcilières et descendent en arrière, jusqu'à l'angle inférieur des omoplates. Sur la face postérieure, on voit depuis le sommet de la tête jusqu'au bas de la région dorsale du rachis, les débris d'une vaste poche, sur les limites de laquelle la peau perd entièrement ses qualités, pour se continuer, avec les parois membraneuses qui constituaient le spina bifida. Une incision médiane, verticale, pratiquée dans toute cette étendue, met à nu la face postérieure du rachis, et permet de constater que le canal vertébral existe seulement au niveau des régions sacrée et lombaire. Au-dessus, l'écartement des lames vertébrales constitue une surface plane qui se termine en haut au-dessus du cornet supérieur des fosses nasales.

La moelle épinière existe au niveau de la région lombaire, et cesse au point où le canal vertébral n'existe pas : là, elle n'est plus représentée que par une membrane, étalée à la face postérieure des vertèbres, et correspondant aux méninges spinales. C'est à cette membrane que l'on voit aboutir tous les nerfs dont le développement est parfait, pour les branches

antérieures des paires rachidiennes : ainsi les nerfs intercostaux, ceux du plexus brachial et du plexus cervical sont au complet. Tout-à-fait en haut, au point où cette membrane se termine, au-dessus du cornet supérieur, on voit aboutir comme à un centre, les nerfs crâniens (pneumo-gastrique, spinal, optique, etc.), et même le grand sympathique.

C'est encore à ce même endroit que vient se terminer apparemment le développement du système artériel de la carotide interne, l'injection n'ayant pas dessiné de traces des vaisseaux de la base du crâne, soit que ceux-ci manquent réellement, soit que leur resserrement ou leur crispation par le liquide conservateur n'ait pas permis à la matière colorante d'aller plus loin.

Outre l'étalement des lames vertébrales, dans la région dorsale et au-dessus, le squelette du rachis présente encore deux particularités : 1° une incurvation de la colonne cervicale, suivant le plan antéro-postérieur, et à concavité antérieure. C'est à cette incurvation qu'est due l'absence apparente du cou et la continuation directe de la face avec le thorax. Les deux premières vertèbres cervicales offrent un développement latéral considérable, et ce sont elles qui constituent ainsi la paroi osseuse, destinée à fermer, en arrière, les cavités de la face ; 2° on voit, vers la partie inférieure de la région dorsale, un pont osseux, jeté d'un bord à l'autre de la colonne, à la manière d'un arc vertébral postérieur très-développé ; mais au lieu de correspondre à la même vertèbre, il s'étend de la 10^e dorsale à la 11^e ; et, d'ailleurs, il offre un développement beaucoup plus prononcé que les arcs véritables qui existent dans la partie lombaire. J. Geoffroy Saint-Hilaire rapporte un seul fait de ce genre.

Sur chacun des bords de la colonne vertébrale, dans les régions où celle-ci est ouverte en arrière, on voit la série des trous de conjugaison, à travers lesquels les branches antérieures des paires rachidiennes se mettent en contact avec les vestiges des méninges spinales.

Ce monstre, caractérisé par l'absence de l'encéphale et de la partie supérieure de la moelle rachidienne, appartient à la variété que J. Geoffroy Saint-Hilaire a désignée sous le nom de *déréencéphale*.

17. Note sur plusieurs cas d'hémorrhagies cérébrales, accompagnées de lésions étendues des méninges ou de la paroi ventriculaire ; par H. de BOYER, interne des hôpitaux.

OBS. I.—Le 12 février 1877, entre salle Saint-André, 15 (Bicêtre, service de M. BOUCHARD), le nommé M..., âgé de 40 ans.

Cet homme est dans un demi-coma ; il a déjà été traité pour une hémiplegie droite dont il ne lui reste pas de contracture ; sorti la veille, il s'est enivré et a été ramené dans le coma. T. R. 37° 4. Le lendemain, il commence à présenter un peu de déviation conjuguée des yeux et de la tête vers le côté droit et un peu de paralysie faciale et d'hémiplegie gauche ; en même temps survient une contracture précoce de ce côté. T. R. 40° ; le soir, cette contracture est très-prononcée, il n'y a pas eu de mouvements convulsifs, le coma s'accroît, T. R. 40° 2.

Le 15 février, mort : le coma était très-profond, la contracture très-forte à gauche, la déviation conjuguée très-marquée à droite. On avait donné 6 gr. de KBr. par jour. Le diagnostic probable était : hémorrhagie étendue à droite, foyer ancien à gauche, probablement hémorrhagie méningée en plus. (Les habitudes alcooliques du malade étaient notoires.)

AUTOPSIE. — Ancien foyer linéaire dans la capsule externe ; à gauche, cicatrice ocreuse. Foyer récent dans la capsule externe à droite, ayant énuclé les ganglions cérébraux, rompu la paroi ventriculaire. Un gros caillot, formé de plusieurs couches, occupe le ventricule qu'il distend au point d'avoir aplati les circonvolutions sphéno-occipitales. L'épanchement sanguin occupe aussi les autres ventricules cérébraux, et est venu former une nappe autour de la face externe des hémisphères. Pas de pachyméningite, pas de lésions des artères de la base si ce n'est un peu d'athérome.

OBS. II. — Le 2 mars 1877, entre salle Sainte-Foy, n° 14, (Bicêtre, service de M. BOUCHARD), le nommé Ch..., âgé de 52 ans.

Ce malade était comme le précédent un alcoolique invétéré ; la veille aussi, il s'était enivré ; on l'a trouvé ce matin sans connaissance au milieu de matières vomies ; actuellement encore il est dans le coma et dans un état de contracture tétanique très-prononcée. Les membres sont dans l'extension, les deux avant-bras dans la pronation forcée. Pas de déviation de la tête ou des yeux ; pas d'inégalité dans la température des deux côtés : la vessie est vide, le malade a uriné au lit. T. R. 39° 3. R. 38 ; P. 120. On prescrit lavement purgatif et bromure de potasse, 10 gr. Le soir, le malade est toujours plongé dans le coma, les membres sont en résolution complète. T. R. 40°.

AUTOPSIE. — Congestion pulmonaire. Cœur normal, valvules saines.

En ouvrant la cavité crânienne on constate que la dure mère est fortement tendue, principalement à gauche ; une grande quantité de sang et de caillots s'écoule, quand on en

tire l'encéphale. Les circonvolutions sont aplaties, déformées, creusées en godets au niveau de la région pariétale ; le sang est dans la cavité arachnoïdienne : on retrouve le même épanchement du côté droit, mais il est moins prononcé ; le sang a fusé aussi dans la cavité rachidienne. Les circonvolutions frontales de la face externe du cerveau sont complètement altérées dans leurs $\frac{2}{3}$ antérieurs à gauche, cette lésion empiète aussi sur la frontale interne (1^{re}), mais les 2 marginales sylviennes et les 2 circonvol. ascendantes ne sont pas lésées, non plus que les régions d'origine apparente des nerfs crâniens. Rien à droite à la coupe, rien dans les capsules ni dans les noyaux gris. Rien dans les ventricules latéraux, le lobe gauche du cervelet est beaucoup plus prononcé que le droit. Pas d'anévrysmes miliaires ; athérôme excessif des sylviennes, surtout de la gauche mais pas de lésions de l'hexagone.

RÉFLEXIONS. — Nous avons pensé que ces cas étaient intéressants : d'abord par leur gravité, ensuite par la cause étiologique commune, l'ivresse. Il est fort probable que les ruptures d'artères malades déjà, ont été causées par la congestion alcoolique. En outre, dans ces deux cas, nous avons eu des lésions étendues, des méninges, ou de la paroi ventriculaire ne s'étant accompagné que de contractures, à peine notait-on, dans la seconde observation, un tremblement intermittent, ce qui dominait c'était l'état tonique. Dans un cas que nous avons observé précédemment, il en était de même, le malade auquel nous faisons allusion était porté à l'infirmerie dans un coma absolu, accompagné de résolution des 4 membres ; il mourait presque aussitôt et à l'autopsie nous trouvions un énorme épanchement intra et extra ventriculaire, avec une rupture de la corne sphénoïdale d'un côté : dans d'autres cas, au contraire, où le foyer ancien atteint un point limité de la surface ventriculaire ou méningée, on a toujours noté des convulsions cloniques ; en serait-il de même pour les séreuses cérébrales que pour celle du péritoine, et un traumatisme localisé aurait-il des effets réactionnels différents de ceux qui suivent une plaie étendue ?

18. Application de forceps au détroit inférieur; Asphyxie de l'enfant. — Sugillations ecchymotiques. — Congestion fatigante de la substance tubuleuse des reins ; par M. PORAX, interne des hôpitaux.

Simon, femme Rimb..., multipare, supposée à terme (dernières règles dans les premiers jours de juin), est entrée dans le service de M. POLAILLON, le 21 février 1877. Bonne consti-

tution; pas de maladies antérieures graves, pas de rachitisme. Tous les accouchements antérieurs se sont terminés à la suite d'un travail prolongé, mais jamais on n'a été obligé d'intervenir artificiellement pour les terminer; couches toujours normales.

La grossesse actuelle n'a rien présenté d'anormal. Sim. : a ressenti les premières douleurs le 21 février, à 1 heure du matin. A son admission à la maternité annexée, on a constaté que son enfant se présentait par le sommet en O. I. G. A. Douleurs peu vives et très-espacées; la dilatation du col était complète à 10 heures du soir et la rupture de la poche des eaux eut lieu spontanément; la tête s'engagea, mais elle resta au détroit inférieur, les contractions utérines étant insuffisantes pour la faire progresser davantage.

La sage-femme de garde crut nécessaire de faire l'application du forceps à 3 heures du matin, le 22 février. Elle fit ainsi l'extraction d'un garçon, d'ailleurs bien constitué, mais qu'on eut les plus grandes peines à ranimer. Ce n'est qu'au bout d'une demi-heure qu'on obtint le premier cri. Dans la matinée la respiration, qui n'avait, d'ailleurs, jamais été bien établie, s'embarrassa davantage, l'asphyxie fit de rapides progrès, l'enfant devint bleuâtre et mourut vers 10 heures du matin, le même jour.

AUTOPSIE. — Crâne. Vaste épanchement sanguin qui a décollé presque tout le péricrâne, surtout marqué au niveau du pariétal droit, au-dessous duquel on remarquait l'impression de la cuiller du forceps. — Pas de fracture de crâne, ni d'hémorrhagie méningée. — Cerveau sain.

Poumons. Au-dessous des deux plèvres viscérales on trouve des taches noirâtres de la surface, de la grosseur d'un pois, correspondant à de petits foyers hémorrhagiques du parenchyme pulmonaire, irrégulièrement disposés sur les deux poumons et au nombre d'une dizaine de chaque côté. A la coupe du poulmon on trouve deux foyers sanguins analogues dans le parenchyme pulmonaire et sans rapport avec la plèvre. Le poulmon ne crépite pas, mais surnage. — **Cœur.** Plus volumineux que normalement, fortement rétracté. Le bord libre des valvules mitrales présente de petits nodules vascularisés. Sugillations ecchymotiques sous le péricarde viscéral.

Reins. Toutes les pyramides tranchent, d'une façon remarquable, par leur coloration noirâtre sur la coloration de la substance intermédiaire et corticale. — Les *capsules surrénales* n'ont pas été examinées.

Les cavités péritonéales, les intestins, la vessie ne présentaient rien d'anormal.

RÉFLEXIONS. — L'intérêt de cette présentation réside seulement dans la lésion rénale. Elle est évidemment une des conséquences de l'asphyxie lente qui a fait périr l'enfant et de la stase veineuse consécutive. Cette lésion a d'ailleurs déjà été décrite par M. Parrot dans ses leçons sur l'athrepsie.

19. Kyste sébacé de la jambe ; par F. BRUN, interne des hôpitaux.

Gœpp. J. Jacques, âgé de 39 ans, employé de télégraphe, entre le 14 février 1877 dans le service de M. DESPRÉS, salle Cochin, lit n° 2. Il y a 3 ans environ, cet homme a vu se développer sur sa jambe et sans cause appréciable une petite tumeur qui, depuis cette époque, a toujours augmenté de volume, sans jamais, du reste, être accompagnée d'aucune douleur. Ce n'est que parce qu'elle est devenue gênante, en raison de son volume, qu'il songe aujourd'hui à s'en faire débarrasser.

Cette tumeur siège à l'union des deux tiers supérieurs avec le tiers inférieur de la jambe gauche, sur la face externe. Elle possède à peu près la grosseur d'une noix. Elle est mobile sur les parties sous-jacentes. La peau, à son niveau, a conservé partout sa coloration normale. A la palpation la tumeur est molle, dépressible; le doigt y détermine des dépressions en godet, comme sur un membre œdématié, et il semble absolument que l'on pétrisse un morceau de beurre. En outre, la tumeur est légèrement biseautée, et la sensation spéciale de mollesse est la même sur les deux lobes. En raison de ces différents caractères, en particulier de cette marche lente et de cette mollesse, M. Després porte le diagnostic de kyste sébacé, diagnostic qui se trouve vérifié par l'examen de la tumeur après ablation. L'existence d'une bride fibreuse au milieu de la masse, rend compte de la division du kyste en deux lobes qui auraient pu en imposer pour un lipôme.

20. Leucocythémie splénique; tuberculose pulmonaire; hypertrophie avec infiltration granuleuse du foie; par M. H. BARTH, interne des hôpitaux.

Voss (Ernest), 39 ans, emballeur, est admis, le 28 janvier 1877, à l'hôpital Saint-Antoine, service de M. FERNET. Cet homme, bien portant dans son enfance et sa jeunesse, a fait, il y a quinze ou dix-huit ans, un séjour en Algérie, pendant lequel il fut atteint de fièvre intermittente; il en souffrit pendant quatorze mois d'une manière à peu près continue, puis il se rétablit et passa encore deux années en Afrique, durant lesquelles il ne ressentit aucun trouble dans sa santé. Revenu

en France, en 1862, il se porta parfaitement bien pendant une période d'environ dix ans ; pendant l'hiver de 1872 il prit une bronchite qui le retint environ un mois au lit, et depuis cette époque il a remarqué qu'il s'enrhumait facilement et qu'il toussait beaucoup pendant la mauvaise saison ; néanmoins il ne se considérait pas comme malade. Vers le commencement de l'année 1876, il s'aperçut que son ventre était un peu gonflé et d'une dureté remarquable, surtout du côté gauche ; mais il n'en éprouvait aucune gêne ; les digestions étaient faciles et il n'y avait pas de troubles gastro-intestinaux. En août 1876, le malade fut atteint d'une nouvelle bronchite dont il ne put se débarrasser complètement ; la toux, l'expectoration persistèrent ; il survint des sueurs nocturnes et de l'amaigrissement. En même temps la tuméfaction du ventre augmenta peu à peu, sans occasionner de vives douleurs ; les fonctions digestives n'étaient pas sensiblement troublées, mais il y avait de la constipation. Cet état s'est prolongé sans grand changement jusqu'au mois de novembre ; vers cette époque le malade se trouvant sans ressources se fit admettre à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. Gallard. Il fut reconnu atteint de leucocythémie : l'examen du sang pratiqué à plusieurs reprises par M. Darolles, interne du service, montra une augmentation considérable de la proportion des globules blancs, qui étaient au nombre de 1 sur 80 et même de 1 sur 50 globules rouges. Sous l'influence d'un traitement approprié, l'état général s'améliora promptement ; la toux cessa presque entièrement, les forces revinrent ; en même temps la tuméfaction du ventre diminua, et le 15 janvier 1877 le malade fut envoyé à Vincennes. Le jour même de son arrivée il y prit un refroidissement : la toux reparut, et avec elle une dyspnée intense ; il se produisit un peu d'œdème des membres inférieurs. Le 22, se voyant de plus en plus faible, le malade quitta Vincennes et revint chez lui ; les jours suivants son état s'aggrava : la toux devint très-fréquente, la dyspnée extrême ; l'œdème des jambes prit des proportions considérables. Enfin, le 28 janvier, le malade s'est vu obligé de se faire porter à l'hôpital.

État à l'entrée. Il y a un amaigrissement très-marqué, avec rougeur des pommettes et aspect cachectique ; le malade paraît très-faible. Le pouls est fébrile, à 96 ; la peau un peu chaude. L'attention est attirée sur-le-champ par l'état du ventre, qui est fortement développé et présente à la palpation les particularités suivantes : toute la moitié gauche de l'abdomen, de l'hypochondre à la fosse iliaque inclusivement, et depuis la région lombaire jusqu'à la ligne blanche, est occupée par une masse dure, résistante, nullement élastique, dont la surface, unie et sans bosselures, se termine en avant par un

bord net, et qui est mobile tout entière dans le ventre; cette masse n'est autre chose que la rate, énormément hypertrophiée, qui mesure environ 24 centimètres dans son plus grand diamètre vertical, sur 22 centimètres dans son plus grand diamètre transversal; elle n'est pas douloureuse à la pression et se déplace en totalité lorsqu'on cherche à la repousser à droite. Dans la moitié droite de l'abdomen on sent au-dessous de l'ombilic le paquet intestinal avec sa souplesse et son élasticité ordinaires, mais plus haut on tombe sur un autre plan résistant qui appartient évidemment au foie; celui-ci dépasse en avant l'arcade des fausses côtes de 9 à 10 centimètres, sa surface est lisse, son contour, facile à sentir du côté droit, se confond, au niveau de la ligne médiane, avec la tumeur splénique; sa limite supérieure remonte à deux travers de doigt au-dessus du mamelon; son diamètre vertical atteint 22 centimètres sur la ligne mammaire. Malgré ce développement excessif des deux organes abdominaux, le malade n'accuse aucune douleur dans le ventre: l'appétit est bon, mais les digestions sont lentes et difficiles; il y a de la constipation, sans doute, par compression du tube intestinal. La circulation veineuse paraît gênée dans les membres inférieurs qui sont assez fortement œdématisés; il n'y a pas d'ascite. On n'observe aucune tuméfaction anormale des ganglions lymphatiques. Le malade se plaint de dyspnée; la toux est fréquente et quinteuse, il y a une expectoration muco-purulente, parfois mêlée de sang. L'examen du thorax révèle une diminution de la sonorité aux deux sommets avec respiration soufflante, accompagnée à droite de nombreux craquements humides; à la base droite on trouve de la matité au tiers inférieur avec diminution des vibrations thoraciques et affaiblissement respiratoire; quelques râles crépitants au même point. Il y a une vive sensibilité à la pression sur le trajet des deux nerfs phréniques et au niveau du rebord diaphragmatique droit. Le cœur paraît sain: les battements et les bruits sont normaux. Les urines, plus abondantes, se troublent par le refroidissement; elles renferment une petite quantité d'albumine.

L'examen du sang montre une augmentation considérable, de la proportion des globules blancs.

On diagnostique une *leucocythémie splénique*, avec une *hypertrophie du foie*, accompagnée de *tuberculose pulmonaire* au début, et de *pleurésie diaphragmatique* droite.

(Traitement: potion: eau de laurier-cerise, 4 gram.; — 3 granules d'acide arsénieux; — application de teinture d'iode sur la poitrine).

5 février. Il y a un peu d'amélioration: la dyspnée est moins forte, l'œdème des jambes a diminué, l'épuisement est moins

complet. Mais la teinte cachectique fait des progrès; la peau du visage est sèche et jaunâtre, la rougeur des pommettes est très-accentuée. Le malade mange avec assez d'appétit; les digestions se font bien; il y a de la constipation (lavement huileux).

10 février. La dyspnée augmente de nouveau et va jusqu'à l'orthopnée; la circulation abdominale est de plus en plus gênée; il se produit un peu d'ascite; l'œdème des jambes fait des progrès.

14 février. Le malade est de plus en plus faible; il refuse les aliments. La suffocation est imminente; la face est cyanosée, les extrémités sont refroidies. Il y a de gros râles muqueux dans la poitrine. Mort le 15 février au soir.

AUTOPSIE pratiquée 36 heures après la mort. La *plèvre droite* présente des lésions de pleurésie chronique: elle est adhérente au poumon dans sa partie supérieure, plus bas elle est épaissie et recouverte, surtout dans sa portion diaphragmatique, de dépôts fibrineux et pseudo-membraneux; elle contient peu de liquide; le *poumon droit* offre, dans ses lobes supérieur et moyen, une infiltration tuberculeuse étendue avec noyaux caséeux ramollis en quelques points, mais sans cavernes. La *plèvre gauche* présente quelques adhérences lâches; sa cavité ne contient pas de liquide; le *poumon gauche* offre une induration assez étendue, avec infiltration tuberculeuse dans son lobe supérieur; il est fortement congestionné à sa base. Les *ganglions trachéo-bronchiques* ne sont pas anormalement développés. Le *péricarde* est sain; le *cœur* ne présente ni hypertrophie, ni dilatation; les orifices sont intacts; les cavités remplies de caillots diffluent.

La *rate* présente une hypertrophie considérable sans altération de forme: son poids est de 1600 grammes, son tissu, très-consistant, offre à la coupe un aspect lisse, une surface parfaitement nette, d'un rouge lie de vin, sur laquelle on distingue des tractus blanchâtres formés par les trabécules épaissies de la charpente fibreuse.

Le *foie*, extrêmement développé; pèse 2,500 grammes; il n'est pas modifié dans sa forme; sa surface est lisse, mais présente une sorte de piqueté blanchâtre dû à de petites taches isolées, très-nombreuses, de 1 à 2 millimètres de diamètre. A la coupe on reconnaît que toute l'épaisseur du parenchyme hépatique est infiltrée de petites masses grisâtres, les unes demi-transparentes, les autres opaques à leur partie centrale qui semble un peu ramollie; ces petites masses ont l'aspect de granulations tuberculeuses; elles font sur la surface de coupe une légère saillie; le tissu qui les environne paraît sain.

Les *reins*, un peu hypertrophiés, sont décolorés à l'extérieur; il y a de l'épaississement de la substance corticale. Le *péritoine* renferme une assez grande quantité de sérosité; il n'est pas altéré; le *tube intestinal* est sain et on ne remarque pas d'hypertrophie des plaques de Peyer; les *ganglions mésentériques* ne sont nullement engorgés. Les autres groupes ganglionnaires sont également intacts.

RÉFLEXIONS. — Dans cette observation il est impossible de méconnaître un cas de leucocythémie splénique compliquée de tuberculose; mais quelle est la signification de la lésion du foie: s'agit-il de dépôts lymphatiques ou de granulations tuberculeuses? L'une et l'autre hypothèse est permise, et le microscope seul peut trancher la question.

Examen histologique, par M. E. CHAMBARD. Un fragment du foie soumis à l'examen, est durci par l'alcool et la gomme; les coupes traitées par le pinceau sont colorées au picro-carminate d'ammoniaque. Sur les coupes examinées les lobules hépatiques se distinguent facilement les uns des autres: leurs cellules sont normales, sauf dans les points qui seront signalés plus loin, et les espaces intra-lobulaires ne sont pas élargis. La surface de la coupe est parsemée de granulations arrondies, à bords diffus, colorées en rose par le réactif, les unes isolées, de 50 à 150 millimètres de diamètre, les autres agglomérées, atteignent un ou deux millimètres.

L'étude des granulations isolées, faite à un plus fort grossissement, montre qu'elles sont formées d'éléments embryonnaires extrêmement serrés et difficiles à séparer les uns des autres; autour de ces granulations le tissu hépatique est sclérosé dans une certaine étendue, et les cellules hépatiques sont légèrement atrophiées. Ces granulations sont développées dans les espaces inter-lobulaires et au voisinage des branches vasculaires de ces espaces.

Les mêmes caractères se retrouvent dans les masses plus volumineuses; elles sont formées de granulations identiques, réunies en groupe, et séparées par des bandes scléreuses qui renferment dans leur épaisseur des divisions portes oblitérées par du sang coagulé et des canaux biliaires légèrement dilatés. Il résulte de cet examen que les produits pathologiques qui infiltrent le tissu du foie sont de nature tuberculeuse, et ne ressemblent en rien aux productions leucémiques de cet organe.

MARS

Séances de mars.

PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

1. Rétraction de l'aponévrose palmaire ; par P. RICHER, interne des hôpitaux.

Les deux mains qui font l'objet de la description qui va suivre ont été prises sur le cadavre d'un vieillard, destiné à la dissection, dans l'amphithéâtre des hôpitaux. La lésion est symétrique et portée de chaque côté à un degré presque égal. La déformation n'a guère atteint que l'annulaire qui est rétracté et fléchi dans la paume de la main ; son extension complète est impossible. Les autres doigts, quand on abandonne la main à elle-même, demeurent dans un léger degré de flexion, d'autant moins accusé que le doigt est plus éloigné de l'annulaire. Les articulations ne sont pas déformées, il n'y a pas d'atrophie des muscles et il n'existe en aucun endroit de la peau des traces de cicatrices.

Main gauche. — Les deux éminences thénar et hypothénar ont leur relief normal et la peau qui les recouvre est saine. L'altération porte sur le *creux de la main* et sur la saillie transversale qui le limite inférieurement et qui répond aux articulations métacarpo-phalangiennes. Le creux de la main est traversé obliquement par un relief analogue à celui que fait sous la peau le tendon d'un muscle contracté, et qui, partant de la racine de l'annulaire, vient mourir vers le talon de la main. Le pli palmaire inférieur, ou pli de la flexion des doigts, est fortement accusé, surtout de chaque côté de la saillie longitudinale que je viens d'indiquer. Il occupe sa place habituelle, peut-être est-il, vers son milieu, un peu attiré en haut. Mais il n'en est pas de même du pli digito-palmar, qui, au niveau de l'annulaire, se rapproche du pli palmaire

inférieur, au point que l'espace qui sépare ces deux plis en est, à cet endroit, rétréci de plus de moitié! Il en résulte que le doigt annulaire vu par sa face palmaire, paraît remonté et semble engagé dans la paume de la main. La peau soulevée par la corde de l'annulaire est adhérente, calleuse et sillonnée de plusieurs plis transversaux peu profonds.

La peau de l'*annulaire* n'est le siège d'aucune induration. La flexion forcée de ce doigt porte uniquement sur l'articulation métacarpo-phalangienne. La phalange forme avec le métacarpien un angle presque droit. Quand on cherche à l'étendre, on fait saillir davantage la corde qui la relie au creux de la main. La phalangine est également fléchie sur la phalange, la phalangelette dans une situation indifférente, intermédiaire entre la flexion et l'extension ; mais ces deux derniers segments du doigt se laissent facilement étendre et ont conservé toute la liberté et l'intégrité des mouvements communiqués.

L'*auriculaire* ne peut être étendu complètement. A son niveau, la saillie transversale inférieure de la paume de la main est sillonnée de plis obliques et profonds. Elle est le siège d'une légère induration, d'où part une corde sensible seulement au toucher et dans l'extension forcée du doigt, et qui va rejoindre obliquement la corde de l'annulaire.

Le *médius*, comme l'*auriculaire* ne peut être ramené à l'extension complète ; mais le mouvement dans ce sens paraît être limité par la seule lésion de l'annulaire. Dans ce mouvement, en effet, la traction s'opère, par l'intermédiaire de la commissure interdigitale qui est très-tendue, sur la corde de l'annulaire, un peu attiré alors vers le médius. Cependant à son niveau, on trouve un peu au-dessous du pli palmaire inférieur, quelques dépressions linéaires, peu accusées, dessinant plusieurs petits quadrilatères irréguliers, où la peau adhère aux parties profondes et paraît être le siège d'induration.

L'extrémité externe du pli palmaire inférieur qui répond à l'*index*, présente quelque chose d'analogue dans l'extension forcée de ces deux derniers doigts ; les dépressions cutanées que je viens de signaler s'accroissent.

Le *pouce* est entièrement sain.

Dissection. — En détachant la *peau*, on remarque qu'elle adhère très-intimement à l'aponévrose palmaire, au niveau de la corde de l'annulaire et des indurations qui correspondent aux autres doigts. En ces points, le tissu graisseux interposé entre le derme et les tissus fibreux de l'aponévrose n'existe plus ; il est comme refoulé sur les côtés, où il soulève la peau et contribue à former les saillies qui limitent les en-

foncements. La peau ainsi séparée a conservé son extensibilité, elle garde l'empreinte des parties profondes, mais elle n'est pas épaissie et ne paraît pas altérée dans sa structure.

On retrouve facilement les divers faisceaux de fibres qui constituent à l'état normal l'*aponévrose palmaire*, mais ils sont diversement modifiés.

Le petit palmaire fait défaut. Le faisceau longitudinal qui répond à l'annulaire, présente au-dessus du point qui correspondait au pli palmaire inférieur un renflement fusiforme, d'aspect dépoli, de consistance très-dure. De la partie inférieure de ce renflement part une corde ligamenteuse, qui va se rendre à la base du doigt rétracté et dont les fibres se comportent d'une façon différente dans leur mode de terminaison. Celles du milieu se rendent à la face profonde de la peau de la première phalange. Elles répondent aux bandelettes cutanées qui ne descendent pas habituellement aussi bas et se terminent dans la peau de la paume de la main au niveau du pli palmaire inférieur et un peu au-dessous. Sur les côtés, les fibres s'écartent un peu pour gagner les bords de la phalange, où elles semblent se confondre avec le tendon des interosseux et des extenseurs. Ces fibres latérales représentent les fibres digitales de l'aponévrose palmaire qui, le plus souvent, sont peu développées. Ici, elles ont l'aspect d'un petit ligament falciforme, à bord antérieur libre, légèrement concave, et à bord postérieur adhérent à l'os et aux tendons extenseurs. L'angle inférieur est comme prolongé par un faisceau plus grêle, qui descend jusqu'au niveau de la phalange, où ses fibres se terminent en éventail, dans le tissu fibro-graisseux de la région. Ce dernier faisceau se trouve situé plus près de la face palmaire que de la face dorsale et sa traction amène la flexion de la phalange.

Les trois autres faisceaux longitudinaux paraissent un peu épaissis à leur partie inférieure au niveau du pli palmaire inférieur et un peu au-dessous, où leurs adhérences à la peau sont plus étendues qu'à l'état normal. Ils sont tendus, formés de fibres resplendissantes et qui ne présentent pas d'épaississement comparable à celui que nous avons décrit sur le faisceau de l'annulaire.

La bandelette transversale inférieure qui limite par en haut les espaces destinés aux nerfs et aux vaisseaux est très-apparente. Elle adhère étroitement à la corde de l'annulaire à 5 ou 6 millimètres au-dessous du renflement décrit.

Quant aux fibres interdigitales de Gerdy, qui sous-tendent les commissures des doigts, on les retrouve normales entre l'index et le médius, mais elles apparaissent beaucoup plus

nombreuses et tendues dans les deux autres commissures qui vont du doigt rétracté au médius et à l'auriculaire. Elles correspondent au pli digito-palmar, que nous avons vu reporté sur l'annulaire plus haut que de coutume, de façon qu'à ce niveau, elles ne sont pas éloignées de la bandelette transversale inférieure. Elles adhèrent au cordon rétracté et y relient le médius, qu'elles attirent légèrement. Enfin, les adhérences qui existent entre l'aponévrose palmaire et la gaine des tendons, au niveau des têtes métacarpiennes, sont ici très-accusées.

Au-dessous de l'aponévrose, tous les tissus sont sains. Les *tendons*, celui de l'annulaire, comme les autres, jouent librement dans leurs gaines. Ils ne sont ni rétractés, ni adhérents. Les articulations des doigts sont normales ; toutefois, les surfaces cartilagineuses sont un peu érodées.

Main droite. — La main droite est atteinte de la même façon que la main gauche, à un degré un peu moindre. A part les indurations et dépressions légères qui, sur la main gauche, répondent aux doigts non rétractés, et qui semblent être le commencement de l'extension du mal aux autres doigts, la déformation de la main droite est identique : Flexion semblable de l'annulaire avec saillie sous forme de corde qui le rattache au creux de la main ; mêmes irrégularités et indurations de la peau.

Quant aux altérations pathologiques, elles rappellent exactement celles de la main gauche et l'aponévrose palmaire altérée seulement sur le trajet des fibres qui vont à l'annulaire, présente le même noyau induré et une terminaison semblable de ses fibres à la peau de la phalange et sur les côtés du doigt. J'ajouterai que les deux articulations du coude du même sujet offraient les lésions de l'arthrite sèche, ostéophytes dans les ligaments latéraux et usures des cartilages. Pas de lésions goutteuses.

Examen histologique. — Des coupes ont été faites dans le sens transversal et longitudinal, sur la portion rétractée et épaissie de l'aponévrose, sur le faisceau longitudinal de la même aponévrose et sur le même faisceau d'une aponévrose palmaire complètement saine.

Elles ont été préparées de la même façon, colorées par le picro-carminate et la purpurine, et montées dans la glycérine. Leur examen comparatif a montré partout la même structure des faisceaux tendineux. Ils sont seulement plus serrés et bien plus nombreux dans le cordon rétracté. Les fibres élastiques qui se rencontrent sur les préparations de l'aponévrose normale entre les faisceaux tendineux, sont peut-être un peu plus nombreuses et plus volumineuses sur le faisceau rétracté.

J'ai fait également des coupes de la peau aux points où elle adhéraît aux parties fibreuses et paraissait indurée; sa structure n'est nullement modifiée.

Résumé. — 1° L'aponévrose palmaire seule est altérée; 2° l'altération a envahi les deux aponévroses palmaires et est symétrique; 3° Elle coïncide avec les lésions du rhumatisme articulaire chronique; 4° L'examen histologique ne révèle aucune trace d'inflammation dans les parties rétractées.

M. Pozzi, après avoir rappelé que M. Sevestre a publié un cas semblable avec examen anatomique très-complet, insiste sur la coïncidence fréquente de lésions rhumatismales ou goutteuses sur les cadavres des sujets qui sont atteints de rétraction de l'aponévrose palmaire. La fréquence de cette coïncidence semble démontrer que la lésion de l'aponévrose palmaire est une détermination locale d'un état diathésique antérieur. Quant à la structure histologique de l'aponévrose palmaire, les zoologistes la considèrent comme un organe tendineux et non pas comme une vraie aponévrose.

M. Houel ne pense pas que la coïncidence des manifestations arthritiques avec la rétraction de l'aponévrose palmaire soit aussi fréquente que l'a avancé M. Pozzi. Sur une vingtaine de cas qu'il a eu l'occasion d'observer, il n'a pas trouvé de signes de lésions articulaires, ni de dépôts tophacés. Il est vrai que dans ces cas, l'autopsie n'a pas été pratiquée.

M. Després croit que la rétraction de l'aponévrose palmaire est le résultat de cicatrices sous-cutanées ou d'inflammation traumatique de cette aponévrose. On la rencontre souvent chez des menuisiers, qui, comme on sait, ont l'habitude de manier le ciseau en appuyant la paume de la main sur le manche de l'instrument, et en exerçant une pression dont l'effet se transmet nécessairement à l'aponévrose palmaire.

M. Charcot, sans contester absolument les conditions étiologiques invoquées par M. Després, fait remarquer que le plus souvent la rétraction de l'aponévrose palmaire survient spontanément, qu'elle est, dès le début, bilatérale et symétrique et que toute opération pratiquée dans les cas de ce genre est suivie d'insuccès. M. Charcot a eu l'occasion de voir récemment une personne qui occupe une très-haute position dans la société, qui n'a jamais manié le ciseau ni exécuté aucun travail manuel et qui cependant est affectée de cette forme de rétraction symétrique et spontanée de l'aponévrose palmaire,

que quelques médecins avaient prise pour une atrophie musculaire.

M. BERGER a vu un cas dans lequel la rétraction était bilatérale mais non symétrique. D'un côté, elle portait surtout sur le médius et l'index, et de l'autre, sur l'annulaire et le petit doigt.

M. HOUEL croit qu'il existe, en effet, des cas de rétraction traumatique de l'aponévrose palmaire, mais ils ont une marche toute différente de celle des cas spontanés. Il y a là deux formes distinctes, et la forme la plus commune est celle qui survient spontanément.

M. DESPRÉS pense au contraire que les cas spontanés sont de beaucoup plus rares que les autres.

2. Lipome arborescent de l'articulation du genou; par H. de BOYER, interne des hôpitaux (1).

Le 1^{er} mars 1877, entre à l'infirmerie de Bicêtre (service de M. BOUCHARD), salle Saint-André, n° 21, le nommé D... âgé de 81 ans. Ce malade est atteint de pneumonie gauche, dont il meurt le 6 mars. Nous avons constaté pendant la vie, des nodosités d'Heberden aux doigts indicateurs des deux mains, des craquements dans les deux genoux et de l'hydarthrose. Antécédents rhumatismaux, rien au cœur.

AUTOPSIE. Pneumonie au troisième degré. Le genou gauche présente une hydarthrose prononcée et quelques franges synoviales; le genou droit est le siège d'un épanchement synovial considérable et toute la surface de la séreuse est tapissée par un vaste lipome arborescent dont la masse principale occupe le cul-de-sac sous-tricipital. Cette pièce est remarquable par les épaisissements conjonctifs et cartilagineux que l'on observe sur certaines de ces franges; à la coupe, on y retrouve les éléments du tissu adipeux entourés d'une coque conjonctive où, par place, paraissent des éléments cartilagineux fusiformes, pressés les uns contre les autres, et entourés par une capsule de texture hyaline; quelques-uns de ces corpuscules sont environnés d'amas calcaires. Plusieurs de ces franges sont retenues par un pédicule excessivement grêle, d'autres sont libres dans l'intérieur de la cavité articulaire et sont devenues de véritables corps étrangers intra-articulaires.

Le cartilage de revêtement des condyles fémoraux a presque

(1) Pièce déposée au musée Dupuytren.

complètement disparu et le tissu osseux sous-jacent, éburné, a érodé les masses tibiales profondément excavées et dégarnies aussi de revêtement cartilagineux ; il en est de même pour la rotule dont la forme est modifiée par de nombreux ostéophytes existant aussi sur le fémur. Les ménisques intra-articulaires ont disparu et les ligaments croisés sont aussi altérés. Pendant la vie, le malade marchait cependant, mais sans plier le genou, et à l'aide d'une canne. Rien d'anormal aux autres articulations.

3. Rétrécissement épithélial de l'œsophage. — Epithélioma de la langue. — Tubercules pulmonaires ; par Charles LEROUX, interne des hôpitaux.

Malacourt Joseph, employé, âgé de 58 ans, entre le 26 janvier 1877 (service de M. DUMONT-PALLIER), à l'hôpital de la Pitié.

Jusqu'à l'âge de 28 ans, cet homme aurait toujours été d'une bonne santé ; à cette époque, il aurait contracté un chancre(?) ; mais sans que l'on puisse retrouver ni à ce moment ni actuellement aucune manifestation syphilitique. Jamais il n'a ressenti les atteintes du rhumatisme. Du côté de ses parents, aucun antécédent important à noter. Ce n'est que depuis un an environ qu'il voit sa santé s'altérer ; il commence à manger avec moins d'appétit, à se dégoûter des aliments, enfin à *sentir* les aliments solides traverser son œsophage. Quelque temps après, ce n'est plus une sensation, mais une gêne qu'il éprouve dans la déglutition : il rapporte l'obstacle au passage des aliments au creux de l'estomac et indique l'appendice xyphoïde. Jamais jusqu'alors il n'eut de vomissements ; il raconte seulement que, depuis 8 à 10 mois, il salive plus abondamment, et à certains jours, régurgite des matières glaireuses. Depuis deux mois, son état s'aggrave singulièrement ; il perd ses forces, maigrit. Les aliments solides ne peuvent plus passer, les liquides seuls arrivent dans la cavité stomacale. Un fait important à noter, c'est qu'il n'a pas éprouvé jusqu'alors de grandes douleurs dans la poitrine, mais des élancements plus ou moins vifs dans la langue. Ne pouvant continuer son travail, il se décide à entrer à l'hôpital, et on le trouve dans l'état suivant :

Cet homme est maigre, les traits tirés, les joues creuses et les pommettes saillantes. Il n'offre pas toutefois de teinte jaunâtre, ni cet aspect si souvent caractéristique de la cachexie cancéreuse. Il éprouve de grandes difficultés pour avaler, des élancements, des cuissons dans la bouche et une abondante salivation.

Lorsqu'on lui fait ouvrir la bouche, on remarque que la langue est affaissée derrière les arcades dentaires, et c'est avec peine qu'il arrive à la placer entre les dents. Le côté droit de la langue est atrophié, et si l'on en soulève la pointe, on découvre une ulcération grisâtre profonde, irrégulière, légèrement indurée à sa périphérie et à sa base, saignant au moindre contact. Cette ulcération, qui n'est autre qu'une ulcération épithéliale, a envahi la moitié droite de la face inférieure de la langue, la partie correspondante du plancher de la bouche, et se prolonge en arrière jusqu'à la base de la langue. Sur la lnette, on voit une saillie végétante, irrégulière, papilliforme, du volume d'un gros pois, et au niveau du bord alvéolaire inférieur du côté droit, en arrière de la dernière grosse molaire, une ulcération analogue à celle de la langue, mais encore peu étendue. Les ganglions sous-maxillaires sont peu volumineux et peu douloureux à la pression.

Cette difficulté dans la déglutition conduit à pratiquer le cathétérisme de l'œsophage. On introduit successivement des olives de diverses grosseurs, mais toujours on se sent arrêté en un même point que l'on rapporte au cardia.

Ce malade n'a jamais eu de fièvre, toussé à peine, et l'examen des divers organes ne permet pas de trouver de lésions appréciables autres que celles que nous venons de rapporter. Les symptômes et l'impossibilité de pénétrer dans l'estomac au moyen du cathétérisme permettent d'affirmer l'existence d'un rétrécissement siégeant au cardia ; l'examen des diverses variétés de rétrécissement de l'œsophage peut également conduire au diagnostic de la nature. On ne peut ici songer ni à un rétrécissement spasmodique, ni à un rétrécissement cicatriciel, rien dans les antécédants ne se rapportant à cette variété. Quant au rétrécissement de nature syphilitique, bien que le malade affirme avoir eu un chancre dans sa jeunesse, on ne trouve aucune manifestation de cette diathèse, et on ne peut supposer que la seule et unique manifestation ait été se localiser sur l'œsophage. Cette variété est, de plus, extrêmement rare. Reste le rétrécissement cancéreux qui, de tous, est le plus fréquent, et qui s'accorde ici le mieux avec la marche rapide de la maladie et avec l'état général ; le malade est arrivé à l'âge où se manifeste ordinairement la diathèse cancéreuse. Mais, étant admise la nature cancéreuse du rétrécissement, a-t-on affaire à un cancer ordinaire, un encéphaloïde par exemple, ou à un épithélioma, variété voisine du cancer quant à sa marche et à ses manifestations. En rapprochant la nature des lésions buccales, l'absence de cette teinte particulière si fréquente, sinon caractéristique dans le cancer ordinaire arrivé à une période aussi avancée, et la marche de

l'affection, on est conduit à diagnostiquer : Rétrécissement de nature épithéliale siégeant au niveau du cardia et coïncidant avec un épithélioma de la langue. On met ce malade au traitement lacté, et malgré le diagnostic, on lui prescrit le traitement antisiphilitique.

5 février. Le malade se trouve légèrement amélioré ; il peut absorber des bouillons et des potages qu'il ne régurgite qu'en partie ; il maigrit néanmoins davantage. Pas de diarrhée.

12 février. Les élancements au niveau de la langue sont plus intenses ; il rejette toujours des mucosités en abondance ; les bouillons passent assez bien, mais le malade maigrit et s'affaiblit.

16 février. Depuis deux jours, il délire aussitôt qu'il sommeille un peu ; la nuit, il cherche à se lever, léger mouvement fébrile. Vers le 20, hémorrhagie au niveau de l'épithélioma lingual ; affaiblissement, délire continu.

21 février. Mort sans phénomènes particuliers.

AUTOPSIE. — L'estomac ne présente ni dilatation ni rétraction notable. La muqueuse est plutôt pâle qu'injectée. Au niveau du *cardia*, extérieurement, on constate une masse molle, élastique, du volume d'un œuf, se déchirant facilement, assez adhérente aux parties voisines, aorte et surtout plèvre médiastine. Le *cardia* étant ouvert, on trouve un rétrécissement notable formé par une masse fongueuse, irrégulièrement bourgeonnante, grisâtre, pointillée blanc et rouge par places ; ces végétations se détachent facilement. Cette masse se termine en bas, au niveau du *cardia*, d'une manière assez régulière, festonnée en quelque sorte, et remonte à trois travers de doigt le long de l'œsophage. Le rétrécissement admet facilement une sonde cannelée. Au-dessus du rétrécissement, l'œsophage est à peine dilaté. Les parois sont épaissies, hypertrophiées, la muqueuse est rouge, injectée, mais sans ulcération ; on trouve, vers sa partie moyenne, une large ecchymose. Rien au pharynx.

Langue. Sur la partie latérale droite vaste ulcération qui, partant d'un centimètre environ de la pointe de la langue, se prolonge sur sa base jusque vers l'épiglotte dont elle reste éloignée d'un travers de doigt environ. Elle est fongueuse, irrégulière, anfractueuse, recouverte d'une sanie gris noirâtre, ayant une odeur infecte ; elle ne dépasse pas la ligne médiane de la langue.

Poumons. — Léger emphysème. Tubercules disséminés dans les deux sommets, confluents en certains points. Dans le poumon droit, on trouve un foyer de pneumonie caséuse du volume d'un œuf, entouré de quelques tubercules confluents. Quelques adhérences pleurales à gauche et au som-

met. La tumeur adhérait assez intimement à la plèvre médiastine, aussi, en enlevant les poumons, on déchire un peu le néoplasme. Les autres organes ne présentent pas de lésions importantes à noter.

Examen histologique fait par M. HUTINEL. *Cardia*. — Sur une coupe transversale comprenant la limite de la lésion et une partie de la région ulcérée, on trouve les altérations caractéristiques de l'*épithélioma lobulé*. Au voisinage de l'ulcération, le revêtement épithélial a pris une épaisseur considérable; les cellules sont larges et nettement dentelées, régulières; plus loin, il existe une accumulation de cellules embryonnaires disposées en flots d'autant plus confluent qu'on se rapproche davantage de la partie ulcérée. Au niveau de l'ulcération, l'épithélium de revêtement a disparu, mais on trouve infiltré au milieu du tissu conjonctif des éléments épithéliaux très-nets dont quelques-uns semblent en voie de formation. De plus, on trouve de distance en distance des globes épithéliaux assez nombreux et tout-à-fait caractéristiques. Le néoplasme s'étend en profondeur jusque dans la couche musculaire.

Langue. Epithélioma de même forme que dans l'œsophage. La lésion s'étend jusque dans les éléments musculaires profonds de la langue.

RÉFLEXIONS. — Bien que les rétrécissements épithéliaux de l'œsophage ne soient pas extrêmement rares, cette observation nous a paru intéressante en raison de la coïncidence de l'épithélioma du cardia avec un épithélioma de la langue; mais faut-il voir un rapport entre ces deux affections identiques, au point de vue du développement de la lésion du cardia consécutivement à celle de la langue, cette dernière ayant provoqué l'autre? Mieux vaut s'arrêter à une simple coïncidence. Cette observation démontre, une fois de plus, que l'on peut être à la fois cancéreux et tuberculeux, ou tout au moins qu'un cancéreux peut devenir tuberculeux. En est-il de même pour un tuberculeux?

4. **Pelvi-péritonite**; par M. Alfred BULTEAU, interne des hôpitaux.

Le 28 décembre 1875 entrait à l'hôpital Beaujon (service de M. GUYOT), la nommée F... âgée de 58 ans; les renseignements qu'elle donne sont les suivants: elle a cessé d'être réglée il y a 12 ans, et depuis cette époque sa santé a toujours été bonne; elle n'est malade que depuis 18 jours. Presque subitement elle a éprouvé des douleurs très-vives dans le ventre, suivies bientôt de nausées et de vomissements abondants qui persistèrent pendant 8 jours. La malade fut obligée de garder le lit, la fièvre s'alluma; une diarrhée colliquative ne

neux; dégénérescence graisseuse complète de cet organe. Rien à l'estomac; rien dans l'intestin grêle, ni dans le gros intestin jusqu'à l'S iliaque.

Le petit bassin présente les traces de pelvi-péritonite. Légère adhérence d'une anse de l'intestin grêle à la partie supérieure du rectum. Celui-ci, en partant de la fosse iliaque gauche, se dirige à droite en décrivant une courbe à concavité inférieure, adhérente à la partie supérieure de l'utérus, de manière à fermer comme un couvercle le cul-de-sac rétro-utérin. L'utérus et le rectum ne sont unis entre eux qu'en certains points par des adhérences d'origine récente; de nombreuses fausses membranes limitent de petites cavités indépendantes les unes des autres et communiquant toutes avec le rectum. Cet organe est, en effet, le siège de perforations multiples, lésion qui explique et l'issue du pus par les selles et la persistance de la diarrhée.

Le cul-de-sac vésico-utérin présente des traces de pelvi-péritonite. L'ovaire et la trompe ne sont plus flottants dans le petit bassin, mais immobilisés par des adhérences péritonéales; ils sont sains. Les ligaments larges ont été disséqués avec soin; le tissu cellulaire compris entre les deux feuillets du péritoine est induré, sans trace de suppuration; on y trouve quelques petits ganglions rougeâtres, mais non dégénérés. Sur les parties latérales de l'utérus, immédiatement sous le péritoine, on trouve une petite cavité à parois tomenteuses et remplie de pus; est-ce une véritable caverne, vestige d'un ganglion suppuré, ou bien plutôt une petite poche purulente limitée par des fausses membranes?

RÉFLEXIONS. — Cette observation nous semble digne d'intérêt à plus d'un titre. Signalons d'abord cette pelvi-péritonite survenant brusquement, sans cause connue, chez une femme âgée. Cette pelvi-péritonite se termine par la suppuration, ce qui n'est pas fréquent, et le pus se fait jour par le rectum en plusieurs endroits. La diarrhée enfin s'est montrée dès les premiers jours de la maladie; elle est restée rebelle à toutes les médications et a déterminé la mort qui est survenue au milieu du marasme le plus complet.

5. Cancer du sein et de la capsule surrénale du côté droit. — Cancer infiltré du foie. — Absence complète d'hématurie;
par M. CHAMPETIER DE RIBES, interne des hôpitaux.

Colliny, Isidore, âgé de 67 ans, menuisier, entré à l'hôpital (service de M. MOUTARD-MARTIN), le 2 février 1877.

Le 2 février, le malade affirme qu'il n'y a pas plus de trois mois qu'il a commencé à souffrir: à cette époque, il a éprouvé

de violents points de côté : les douleurs étaient persistantes et bien localisées sous les deux mamelons, au niveau du rebord des cartilages costaux : il avait toujours joui auparavant d'une santé excellente. Peu à peu les douleurs se calmèrent et il se croyait près de guérir lorsqu'il y a quinze jours, il éprouva de nouveaux symptômes. C'est alors en effet que survinrent des douleurs vives entre les deux épaules et la sensation d'une barre étreignant la poitrine et passant sous les deux mamelons. Depuis quinze jours, il ne peut se débarrasser de ces douleurs et c'est pour cela qu'il entre à l'hôpital. Jamais il n'a eu d'hématuries ; à aucun moment, il n'a eu ni fièvre, ni vomissements. L'appétit est conservé, mais la bouche est mauvaise et la soif continuelle.

On constate les signes d'un épanchement peu abondant dans le côté droit de la poitrine. Des deux côtés, nombreux râles de bronchite et frottements pleuraux. On ne trouve au cœur aucun bruit anormal. L'hypochondre droit est considérablement déformé : les fausses côtes sont soulevées, les espaces qui les séparent sont élargis. On sent très-nettement le bord antérieur du foie qui descend jusqu'à trois centimètres au-dessus de la cicatrice ombilicale et déborde la ligne blanche à gauche de 6 centimètres en décrivant une courbe régulière, pour remonter sous les fausses côtes gauches. La percussion dénote une matité absolue dans une étendue considérable de l'abdomen : elle a pour limites, en haut, une ligne circulaire passant à deux centimètres au-dessous du mamelon, en bas une circulaire passant par l'ombilic. Le foie ne présente pas actuellement de bosselures appréciables à la palpation. Le malade n'est pas amaigri : la teinte de la peau est cireuse ; pas de coloration des conjonctives. Pas d'ascite. Le diagnostic hésite entre un *kyste hydatique* et un *cancer du foie*.

4 février. Une ponction faite en avant avec un trocart capillaire n'amène que quelques gouttes de sang.

8 février. On constate dans la poitrine l'existence d'un double épanchement peu abondant et de nombreux frottements pleuraux.

15 février. La pâleur des téguments s'est beaucoup accentuée : elle est générale à toute la surface du corps. Le malade a beaucoup maigri : il ne signale rien de particulier du côté des urines et celles-ci, examinées à plusieurs reprises, ne contiennent ni pus ni albumine. Douleurs violentes dans le côté gauche principalement. Il nous semble entendre des frottements péritonéaux dans l'hypochondre droit.

24 février. Le malade perd complètement l'appétit : il n'a plus de goût pour aucun aliment et a encore beaucoup maigri depuis quelques jours. Le teint devient ictérique : douleurs

très-vives dans les deux épaules. De plus, depuis quelques jours le ventre a augmenté de volume, il s'est formé de l'ascite : sonorité très-grande dans la fosse iliaque droite.

1^{er} mars. L'ascite a beaucoup augmenté : la teinte ictérique s'est de plus en plus prononcée. Douleurs très-vives aujourd'hui dans le côté droit. Amaigrissement progressif.

5 mars. Depuis quelques jours, les douleurs étaient vives, surtout dans le côté gauche. On constate encore aujourd'hui l'existence d'un double épanchement pleural peu abondant. L'ascite a augmenté et une couche liquide de plusieurs centimètres d'épaisseur s'est interposée entre la paroi abdominale et la surface du foie. On sent très-nettement au travers le bord du foie dur, inégal et bosselé.

6 mars. Dans la journée du 5 mars et dans la nuit du 5 au 6 le malade est pris d'une diarrhée considérable : il a des garde-robes liquides incessantes. Il meurt épuisé, dans un état d'émaciation extrême, le 6 mars à deux heures après midi.

AUTOPSIE.— Le 8 mars, à 10 heures du matin. A l'ouverture de la cavité abdominale, il s'écoule plusieurs litres de liquide citrin. Le cœcum, considérablement dilaté et plein de gaz, occupe la fosse iliaque droite, où il est retenu par quelques adhérences molles. Au-dessus, le foie apparaît énorme : sa surface, sans être lisse, ne présente pas, à proprement parler, des marrons que l'on eût pu sentir à travers la paroi de l'abdomen : le bord antérieur est très-irrégulier et dur comme du bois. Vers la ligne médiane, entre le bord du foie et l'ombilic, l'épiploon enroulé forme une masse qui aurait fort bien pu en imposer pour une tumeur dépendant du pylore; plus à gauche se trouve une portion de l'S du côlon très-dilatée. La masse de l'intestin grêle, extrêmement ratatinée, forme un paquet relativement très-petit situé au-devant de la colonne vertébrale. L'estomac présente à peine le quart de son volume normal.

On trouve, sur le péritoine pariétal, des amas de granulations cancéreuses du volume d'un grain de semoule : quelques-unes un peu plus volumineuses répondent à la partie du péritoine qui recouvrait le foie au-dessous des fausses côtes : d'autres très-petites, mais très-abondantes, sont situées dans le petit bassin, du côté droit sur la face latérale de la vessie. Pas d'adhérences du foie avec le diaphragme. On enlève très-difficilement le foie qui adhère intimement au tissu qui entoure le rein droit. Ce tissu et les organes qu'il entoure forment une masse considérable, irrégulière, de consistance lardacée : c'est avec peine qu'on extrait le rein surmonté d'une capsule surrénale énorme, grosse, à elle seule, comme la moitié du rein et ayant la résistance du squirrhe.

Le rein droit a conservé sa forme, il a son volume normal,

il est blanc, sa coupe ne présente plus rien de l'aspect normal : c'est dans toute l'épaisseur un tissu lardacé blanc, grisâtre : on ne distingue plus rien. La coupe de la capsule surrénale offre la même apparence : c'est celle d'une masse cancéreuse ayant envahi et détruit tous les éléments anatomiques. Le *foie*, énorme, pèse 2,800 grammes. La coupe de cet organe fait voir qu'il est infiltré, dans tous ses points, d'une matière blanchâtre interposée par très-petits flôts aux éléments normaux de la glande. Le canal cholédoque et la veine cave étaient comprimés dans le tissu cellulaire altéré qui les englobait. Le rein gauche est un peu plus volumineux qu'à l'état normal, il est légèrement congestionné. La capsule surrénale de ce côté est intacte. La *vessie* ne présente aucune altération, l'urine qu'elle contient est parfaitement claire. Les uretères n'offrent rien de particulier.

Les *plèvres* contiennent chacune une quantité peu considérable de liquide citrin. Des deux côtés, on trouve quelques adhérences molles et un grand nombre de granulations cancéreuses : quelques-unes grosses comme de gros pois sont aplaties et ressemblent à des boutons de guêtres; la plupart sont beaucoup plus petites et siègent sur l'un et l'autre feuillet de la séreuse.

Les ganglions, qui entourent la naissance des grosses bronches de chaque côté, sont volumineux et durs. Le tissu pulmonaire est sain. Le *cœur* est petit; le ventricule gauche a une capacité normale; les oreillettes ne présentent rien de particulier. Mais le ventricule droit est extrêmement petit, ses parois sont épaisses, comme tassées, sa capacité est considérablement diminuée.

L'*examen microscopique* a porté sur la tumeur qui occupait la place de la capsule surrénale, sur le foie et sur le rein. La tumeur présentait tous les caractères d'un carcinome à stroma fibreux et épais. Le rein était dans toute son étendue infiltré par un nombre considérable d'éléments embryonnaires, tassés autour des éléments normaux de l'organe qui étaient encore assez facilement reconnaissables. De loin en loin existaient quelques ilots cancéreux formés par des amas de cellules aplaties ou déformées, plus volumineuses que des cellules embryonnaires infiltrées dans le tissu du rein, et séparées par un stroma fibreux. Les petites taches grisâtres du tissu hépatique étaient formées par de petites masses franchement carcinomateuses. Ces masses occupaient pour la plus part les espaces périlobulaires, mais quelques-unes paraissaient avoir pris naissance au centre des lobules, autour de la veine sus-hépatique intralobulaire.

6. Rapport sur la candidature de M. Lebec, au titre de membre adjoint, par Maurice LONGUET, membre titulaire de la Société.

Messieurs,

M. Lebec, interne distingué des hôpitaux, pose sa candidature au titre de membre adjoint de la Société anatomique.

Le nombre des présentations qu'il a faites à la Société s'élève au chiffre de 9, qui ont offert un intérêt assez remarquable.

Plusieurs d'entr'elles ont été déposées au musée Dupuytren, ce qui est une des meilleures preuves de leur importance scientifique. Voici la liste de ces présentations : 1° Insuffisance du péricarde ; arrêt de développement, juin 1874. — La pièce est déposée au musée Dupuytren. — 2° Embolies de l'artère rénale. Endocardite végétante ancienne, décembre 1874. — 3° Fracture ancienne du col du fémur non consolidée, mars 1875. — 4° Myôme de la prostate. Calcul prostatique, mars 1875. — 5° Abscess lymphatique du bassin. Adénite suppurée, suite de lésions profondes du col utérin, novembre 1875. — 6° Tumeur calcaire du cordon spermatique formée par une hernie de l'appendice cœcal. Pièce déposée au musée Dupuytren. — 7° Un cas d'arrêt de développement des doigts aux deux mains. Pieds-bots. Sillons cutanés, janvier 1877. — 8° Nécrose du calcanéum. Lymphangite gangréneuse. Foie gras, janvier 1877. — 9° Infiltration d'urine consécutive à un rétrécissement urétral. Néphrite suppurée. Vessie bilobée, février 1877.

Parmi les présentations de M. Lebec, deux méritent plus particulièrement de fixer un instant votre attention. La première porte le n° 1 sur la liste précédente, la seconde porte le n° 7.

1° *Insuffisance de péricarde par arrêt de développement.* Cette pièce fut présentée à la Société au mois de juin 1874. Un dessin qui la représente fidèlement, est déposé dans l'Album de la Société; la pièce elle-même a été donnée cette année au musée Dupuytren.

Le médiastin antérieur a la forme d'une cloison allongée et mince, à gauche du sternum. Le cœur est couché sur le poumon gauche et à nu. La cloison médiastine sépare complètement les deux plèvres. La loge péricardique est seulement représentée par un petit cul-de-sac situé sur le diaphragme en bas et à gauche, largement ouvert en haut et en avant; et pouvant admettre la pointe du cœur. Du bord de cette petite loge part une simple bride fibreuse qui ne porte sur la face pleurale

gauche du diaphragme, où elle adhère après un trajet de 4 centimètres.

En haut, les restes du péricarde remontent sur l'aorte sur une longueur de 2 centimètres. Le tronc de l'aorte et de l'artère pulmonaire sont séparés l'un de l'autre par un diverticule de la séreuse. D'autres culs-de-sac se remarquent : L'un passe derrière les oreillettes, un autre derrière les veines caves. En somme, on constate l'absence complète de la paroi antérieure et de la paroi latérale gauche du sac péricardique. La paroi postérieure déformée est constituée par des culs-de-sac. Le cœur était en rapport direct avec le poumon gauche sur lequel il devait déposer dans le décubitus dorsal.

Le nerf phrénique suivait la cloison médiastine, contournait la pointe du cœur et se jetait sur le diaphragme.

Les faits d'absence aussi complète du péricarde sont rares. Breschet en a déposé un exemple au musée Dupuytren, qui peut se comparer à celui que M. Lebec vous a présenté.

M. Paul Bert en a également rencontré un chez un chien. L'observation en a été présentée à la Société de Biologie en 1874. Quant aux causes étiologiques, ces sortes de lésions sont trop peu étudiées, pour qu'il soit permis de donner une idée, même approximative, de leur nature et de leur développement.

La septième observation de M. Lebec a pour titre : *Un cas de malformation des mains et des pieds avec sillons cutanés ; lésions congénitales*. Il s'agit d'un enfant de 8 mois dont la tête, le tronc et le premier segment des membres sont parfaitement conservés. Dans les antécédents de famille, nous notons qu'un oncle de l'enfant est porteur d'un pied-bot ; le père âgé de 23 ans, est un alcoolique ; la mère, primipare, âgée de 25 ans a eu une grossesse pénible. Quant à l'enfant, voici en quelques mots le résumé des anomalies qu'il présente.

Les deux pieds offrent les malformations qui caractérisent le varus ordinaire. Le gros orteil du pied droit, ainsi que le second orteil du même pied sont privés de leur seconde phalange et de l'ongle. La jambe gauche présente un sillon profond, situé au-dessus des malléoles, parfaitement circulaire, et comme produit par un lien circulaire. Les mains sont frappées d'arrêts de développement en quelque sorte symétriques.

Les deux pouces sont normaux : des deux index, le droit a deux phalanges, le gauche n'en a qu'une, il n'existe pas d'ongle. Les deux médus, ont trois phalanges raccourcies et un ongle. Les doigts annulaires sont réduits à l'état de tubercules, sans ongle et ne possédant qu'une phalange. Les petits doigts ont leurs phalanges complètes, mais ils n'ont que la trace des matrices onguéales.

De plus, nous remarquons un sillon assez marqué sur le côté radial des deux index, mais aucun du côté cubital. Les mouvements de préhension se font voir dans la seule opposition des pouces et des petits doigts. Plusieurs choses sont à remarquer dans ce cas, mais avant de les signaler, nous croyons utile de les rapprocher d'une observation analogue, que nous avons présentée à la *Société de biologie*, au mois d'août 1876.

Il s'agissait d'un enfant de 22 mois, présentant un sillon complet et oblique sur la cuisse droite, un autre sur le quatrième orteil du pied gauche. Les deux pieds étaient mal formés ; l'un était un varus équin, l'autre un valgus.

Aux mains, le médius manquait à partir de la première phalange à droite ; à gauche, les trois doigts du milieu étaient en partie soudés.

Dans ces deux observations, plusieurs choses peuvent être rapprochés : l'existence de deux pieds bots, des sillons circulaires aux membres inférieurs, des arrêts de développement des mains.

Que doit-on penser de l'étiologie de ces malformations ? Deux causes sont à invoquer : D'une part, un trouble survenu dans l'évolution normale des organes ; d'autre part, l'action d'un agent constricteur pouvant aller jusqu'à la section. L'existence de deux pieds bots symétriques, dans le cas de M. Lebec, fait penser, comme l'ont signalé MM. J. Guérin et Thorens, à des lésions médullaires symétriques, ou tout au moins à des lésions des centres présidant au développement de ces extrémités.

La même raison peut être invoquée en faveur des lésions symétriques des mains que nous remarquons dans la première observation. Leur mécanisme est facile à saisir. Les doigts se formant par des sillons qui viennent séparer l'extrémité du moignon primordial du fœtus, si les sillons sont incomplets dans un des points, les doigts restent sondés précisément en cet endroit.

Mais, de plus, il existe un autre élément à mettre en relief, c'est l'absence de quelques phalanges, tenant aussi à un arrêt de développement. Ce fait se remarque dans l'observation de M. Lebec et dans la mienne.

L'existence des sillons demande une autre explication. C'est que les auteurs ont invoqué des causes d'un autre ordre, des causes purement mécaniques. On a admis que le cordon pouvait s'enrouler autour d'un membre, on a même vu des cordons arrêtés dans les sillons. D'autres fois, on rencontre des brides placentaires, produisant le même effet.

Dans les deux observations auxquelles je fais allusion, cette cause peut être admise pour le sillon de la cuisse et de la

jambe des deux petits malades. Mais nous pensons qu'il doit en être autrement pour les doigts manquants.

Dans l'observation de M. Lebec, en effet, les doigts sont symétriquement atteints, et, dans leur ensemble, ils ont la forme de deux pyramides aplaties dont le milieu est constitué par l'index à peu près intact. Or, il est évident qu'il aurait dû être sectionné avec les autres doigts.

Un arrêt de développement semble donc, [dans ce cas, plus admissible.

Le petit malade de M. Lebec est encore bien portant, on n'a donc pas pu connaître la lésion nerveuse correspondant à la lésion des membres. On ne peut dès lors affirmer catégoriquement qu'il existe entre ces deux lésions des relations évidentes de cause à effet. Cependant, cette corrélation cadre assez bien avec tout ce que nous savons de l'influence du système nerveux sur le développement des tissus et appareils pour nous autoriser à ne pas la classer parmi les faits hypothétiques.

7. Luxation ancienne du coude; arthrite sèche; par CH. FÉRÉ,
interne provisoire.

Le nommé B..., est entré dans le service de M. Bouchard pour une affection mitrale avec anasarque généralisée. Il s'était fait il y a 30 ans, en tombant sur la paume de la main gauche, une luxation du coude qui ne fut pas réduite. Au bout de quelques semaines il commença à se servir de son membre; mais les mouvements de flexion restèrent douloureux et très-limités pendant plus d'un an. Ce n'est que peu à peu que la flexion s'étendit. Quand nous vîmes le malade, elle pouvait être portée au delà de l'angle droit et n'était plus douloureuse, mais provoquait dans l'articulation des frottements et même des craquements qu'on entendait à distance. L'olécrâne fait une forte saillie en arrière. Il n'existe pas de mouvements de latéralité.

AUTOPSIE. — Il existe une luxation incomplète du cubitus en arrière, tandis que le radius s'est porté un peu en avant et en dehors. Le bec de l'olécrâne est très-émoussé; la grande cavité sigmoïde est très-rétrécie et la moitié interne est hérissée de stalactites osseuses. L'apophyse coronôide qui répond précisément à l'extrémité humérale est usée, arrondie et éburnée, la petite cavité sigmoïde a disparu sous des ostéophytes. La capsule du radius s'est comblée en grande partie; il ne reste plus qu'une dépression pisiforme.

L'extrémité inférieure de l'humérus présente des déformations plus considérables encore: toutes les saillies normales

ont disparu; les cavités olécrânienne et coronoidienne sont complètement comblées par des ostéophytes. L'humérus se termine par une surface irrégulière creusée de deux cavités séparées par une saillie antéro-postérieure peu considérable. L'une de ces cavités située en dedans et un peu en arrière reçoit l'apophyse coronoidé émousée; l'autre, un peu antérieure, regardant obliquement en avant, en bas et un peu en dehors, reçoit la tête déformée du radius. Ces deux cavités ne sont pas lisses mais rugueuses et constituées comme les surfaces avec lesquelles elles sont en contact par du tissu éburné. L'extrémité humérale présente en outre des ostéophytes sur tout le pourtour des surfaces articulaires nouvelles, mais surtout volumineuses en avant et en dehors et en arrière et en dedans, du côté des surfaces en rapport avec les os de l'avant-bras.

S. Chéloïde de la région inguinale; par M. DAVE, interne des hôpitaux.

Mont... Louise, âgée de 60 ans, couturière, entre le 22 février 1877 (service de M. VERNEUIL) à la Pitié, salle Saint-Augustin, n° 3, pour se faire débarrasser d'une tumeur occupant la région inguinale droite.

Comme antécédents, la malade n'accuse aucune maladie grave, cependant, elle est sujette aux migraines, aux névralgies; ses digestions sont habituellement pénibles; ses urines présentent un abondant dépôt d'acide urique, et, il y a 3 ans environ, elle a présenté des douleurs rhumatoïdes dans l'épaule. Jamais elle n'a eu de zona.

Depuis sa naissance, elle portait à l'aîne droite un *nœvus* dont il est impossible actuellement de retrouver aucune trace. Il y a 40 ans, à l'époque de la ménopause, ce *nœvus* grossit, et, à la place qu'il occupait, apparurent trois petites tumeurs séparées par des intervalles de peau saine.

Jusqu'en 1874 l'accroissement de la tumeur fut lent; mais, à cette époque, la peau du voisinage devint rugueuse, épaisse, dure, tendue, de nouvelles nodosités parurent, de façon à présenter à peu près l'aspect actuel. — En décembre 1876, la plus grosse des tumeurs s'ulcéra et donna lieu à une hémorrhagie assez abondante. — Depuis, elle fut le siège d'un écoulement sanieux, extrêmement fétide. — La malade entra le 22 février à la Pitié. — On constate que la peau est indurée sur une surface de 20 cent. de large sur 15 cent. de haut environ: elle est luisante, parsemée de petites tumeurs dont la grosseur varie de celle d'un pois à celle d'une figue.

Les deux plus grosses sont pédiculées, plusieurs sont ulcérées.

Il n'est pas douteux qu'on ait affaire à une chéloïde spontanée. — (Une aquarelle représentant la partie malade est déposée au laboratoire de la Pitié).

Le 14 mars, M. Verneuil enlève les tumeurs les plus saillantes, au nombre de 4, à l'aide du thermo-cautère. — A la base de l'une d'elles, on rencontre une artère assez volumineuse qui est lésée.

Pas d'accidents immédiats, sauf une légère hémorrhagie dans la journée. — La température ne dépasse guère la normale. — Quelques accès de migraine avec gastralgie les jours suivants. — Le 10 avril, la plaie légèrement douloureuse, est cautérisée avec le nitrate d'argent en solution. — Actuellement, la cicatrisation est presque terminée. Il est évident que l'opération n'a eu d'autre but que de débarrasser la malade des saillies les plus gênantes de sa tumeur. Empêchera-t-elle une pullulation ultérieure, ou bien la malade sera-t-elle forcée, comme le fait depuis 4 ans une autre habituée du service, de venir périodiquement se faire débarrasser de quelque portion de peau envahie ? La dernière hypothèse est la plus probable.

L'examen histologique a été fait au laboratoire du Collège de France. 1° Le raclage de parties macérées pendant 24 heures dans l'alcool 1/3 donne un petit nombre d'éléments fusiformes ; 2° des coupes faites sur des portions convenablement durcies, colorées au picro-carminate, montrent que la tumeur est composée en majeure partie de faisceaux fibreux, entre lesquels se trouvent sectionnés en divers sens des éléments cellulaires allongés. — Le nombre de ces derniers est plus considérable que dans les fibromes purs, et les faisceaux fibreux sont plus développés que dans le sarcome fasciculé.

Nous avons donc affaire à du tissu conjonctif dont l'organisation est presque parfaite. La tumeur peut être dénommée un *fibro-sarcome*.

9. Cas d'hémimélie (AVANT-BRAS GAUCHE) ; par A. JEAN, interne des hôpitaux.

Breton, Nicolas, âgé de 53 ans, mort à l'hôpital Temporaire (service de M. Dieulafoy), le 14 mars 1877.

Ce malade est entré à l'hôpital pour une tuberculose pulmonaire classique et est mort présentant des lésions pulmonaires au troisième degré. Il présente une malformation congénitale du membre supérieur gauche, et c'est cette lésion qui fait le sujet de cette communication. Personne, dans sa famille, n'a présenté de déformation analogue ; ses parents ont joui d'une bonne santé jusqu'à un âge avancé.

L'avant-bras du côté gauche n'existe pas, ou du moins

n'est représenté que par un moignon de 10 centimètres de longueur. Le bras gauche est moins volumineux que le droit, les muscles sont moins forts ; l'humérus présente *trois* centimètres de moins que celui du côté droit, si on le mesure depuis l'apophyse coracoïde, jusqu'à l'épitrochlée.

Les mouvements du moignon sur le bras sont possibles et même le malade peut, en contractant son moignon, lever des poids considérables. De même l'extension est normale, le triceps ayant inférieurement son point d'attache habituel.

Le moignon est en forme de cône et présente 10 centimètres de longueur ; au sommet du cône, on constate une petite dépression surmontée d'une légère saillie.

A 3 centimètres en dedans, sur le bord interne, deux petits tubercules réunis, l'un de la grosseur d'un petit pois, l'autre interne, plus large et plus aplati, présentant une petite division bifurquée ; ces deux tubercules ne sont pas plus gros qu'une noisette. Ils ne paraissent constitués que par des parties molles. Cependant, on sent profondément une sorte de corde fibreuse qui les réunit au cubitus.

En arrière du sommet du cône et à 1 centimètre $1/2$ au-dessus, on trouve un autre tubercule un peu plus volumineux et dans l'épaisseur duquel on reconnaît facilement la présence d'un os très-mobile inséré sur le radius. Dans les mouvements exécutés par le malade, on ne constate pas de contractions dans les tubercules terminaux.

A la dissection du moignon, on constate que les muscles de la région externe de l'avant-bras existent, mais avec des dimensions très-petites. Le premier muscle, le plus superficiel, représente le long supinateur et s'insère inférieurement à la partie inférieure de l'os externe qui remplace le radius. Le court supinateur est normal, les deux radiaux externes s'insèrent au sommet du cône à la face profonde de la peau. Parmi les muscles de la région antérieure, on ne distingue que le cubital antérieur et le fléchisseur des doigts, insérés tous deux à la face profonde de la peau. A la région postérieure, on trouve l'extenseur des doigts inséré à la peau et le cubital postérieur inséré sur le petit os mobile à l'extrémité inférieure du cubitus, et représentant probablement le 5^e métatarsien. Le biceps s'insère sur un tubercule situé à la place ordinaire de la tubérosité bicipitale, de telle sorte que pendant la vie, les mouvements de supination étaient conservés.

D'après la description précédente, nous voyons que nous n'avons pas affaire à un cas d'amputation spontanée intra-utérine ; la présence des tubercules terminaux suffit pour écarter cette hypothèse.

Nous nous trouvons bien en présence d'un cas d'hémimélie,

décrite par Geoffroy Saint-Hilaire en 1836, et analogue aux faits cités par Ambroise Paré, Dupuytren et Demarquay (1865).

Ajoutons que, dans le cas présent, le cerveau a été examiné avec soin, et qu'on n'y a constaté aucune lésion corticale ou centrale. La moelle ne présentait aucune altération à l'œil nu, mais elle n'a pas été examinée au microscope.

10. Adhérences et ramollissement de l'écorce pariétale droite.

— Ramollissement des fibres blanches sous-corticales pariétales droites. — Hémiplegie faciale inférieure gauche.

— Chute de la paupière gauche supérieure. — Hémiplegie gauche. — Rotation de la tête à gauche; par M. LANDOUZY, chef de clinique adjoint.

J... Suzanne, 56 ans, cuisinière, est amenée le 27 février 1877 (service de M. le professeur HARDY), à la clinique de la Charité.

Cette femme, très-amaigrie, portant beaucoup plus que son âge, est en enfance, aussi ne fournit elle aucun renseignement sur ses antécédents.

État actuel : hémiplegie faciale inférieure droite des plus nettes. Langue légèrement déviée à gauche; yeux mobiles; pupilles moyennement dilatées, également contractiles, opacité légère de la cornée gauche, opacité du cristallin gauche. Les mouvements de l'œil gauche suivent dans toutes les directions les mouvements de l'œil droit. L'œil gauche est, d'une façon permanente, à moitié recouvert par la paupière supérieure. Il y a une paralysie dissociée de la 3^e paire, portant exclusivement sur le rameau de l'élévateur de la paupière gauche.

Diminution considérable dans la force et l'étendue des mouvements du membre supérieur gauche: la motilité est amoindrie dans sa totalité; la paralysie porte sur tout le membre mais est incomplète; la malade peut déplacer son membre, le soulever légèrement et remuer, quoiqu'avec peine, les doigts.

Même diminution considérable dans la motilité du membre inférieur gauche: là encore la paralysie est totale mais incomplète. Ni raideur, ni contracture, ni anesthésie dans les parties paralysées.

D'après les renseignements fournis sur la malade il résulterait, que, d'une bonne santé habituelle, elle aurait eu, vers le milieu de 1876, une légère perte de connaissance qui aurait duré seulement quelques instants et à la suite de laquelle la malade et son entourage auraient constaté les phénomènes paralytiques gauches. Depuis, les troubles hémiplegiques semblent avoir insensiblement augmenté: à plusieurs reprises la

malade aurait eu « comme des absences, comme des menaces d'attaques durant lesquelles sa tête n'y était plus. Depuis lors, la malade a toujours été s'affaiblissant, maigrissant, perdant la mémoire et tombant véritablement en enfance. »

Jusqu'au 8 mars, J. . reste dans le même état, les phénomènes hémiplegiques gauches devenant plus complets. Même ptosis de la paupière gauche sans strabisme. Apyrexie. La malade qui ne prend presque rien, s'affaiblit. Depuis la veille tendance invincible à maintenir la face du côté gauche, la joue gauche reposant sur l'oreiller.

Pas de déviation des yeux. Jusqu'au jour de la mort la rotation de la tête à gauche persiste. — Mort le 12 mars.

Autopsie. — Pas d'adhérences de la dure-mère avec la pie-mère ou le cerveau si ce n'est à la partie inférieure du lobe pariétal droit ; l'adhérence se prolonge en avant jusque sur les lèvres de la scissure de Sylvius.

Hémisphère droit. — Après décollement et arrachement des adhérences qui unissent la dure-mère à la pie-mère et au cerveau, on voit, sous-jacent à ces adhérences, un foyer principal de ramollissement. Ce ramollissement superficiel porté, dans une étendue de deux travers de doigts, sur la circonvolution parallèle, puis sur la partie postérieure (base) de la troisième circonvolution frontale.

Une plaque de ramollissement de quelques millimètres de profondeur, large comme une pièce de vingt centimes, est à cheval à la fois sur la partie inférieure de la base des deuxième et troisième circonvolutions frontales, et sur la partie attenante de la circonvolution frontale ascendante. La circonvolution pariétale ascendante est elle-même nettement érodée, dans une largeur égale à celle d'une pièce de dix sous : sur la partie inférieure, l'érosion s'enfonce dans la partie la plus déclive du sillon de Rolando.

En résumé, la plaque de ramollissement ou de méningo-encéphalite superficielle, qui touche à la fois à la partie supérieure du lobe temporal, à la partie antéro-inférieure du lobe pariétal et à la partie postéro-inférieure du lobe frontal, est comprise dans une aire un peu plus étendue que le double volume d'une pièce de cinq francs.

Les plaques de ramollissement ont une coloration légèrement rose au milieu de laquelle se voient des points diffusés résultant de la désagrégation du tissu des circonvolutions.

La sylvienne droite à son origine est le siège d'un athérome des plus nets ; on voit sur les branches pariétales, nées de la sylvienne, et cela surtout au voisinage du ramollissement, les rameaux également parsemés d'athéromes.

Les différentes plaques ulcérées précédemment décrites

n'intéressent que la substance corticale, mais, au-dessous de la substance grise, dans la partie des fibres blanches immédiatement sous-jacentes à la substance grise, on trouve le tissu ramolli, à moitié diffus et cela, sur une surface irrégulièrement circulaire (1) ayant plus de quatre travers de doigt de diamètre : ce ramollissement sous-cortical porte sur les fibres blanches sous-jacentes ; *en avant*, à la base des deuxième et troisième circonvolutions frontales et à la moitié inférieure de la frontale ascendante : *en bas*, à la circonvolution temporale ; *en arrière*, à la partie postérieure de la circonvolution temporale, à la moitié inférieure de la circonvolution pariétale ascendante et à la partie inféro-antérieure du lobe du pli courbe. L'examen complet de l'hémisphère montre l'intégrité des ganglions et de la capsule interne.

Pédoncule, protubérance et bulbe sains. Artères de la base athéromateuses ; l'athéromasie est, du reste, généralisée.

RÉFLEXIONS. — Deux points méritent d'être relevés dans cette observation :

1° La chute de la paupière supérieure gauche qui existait sans le moindre strabisme et sans mydriase.

2° La rotation de la tête à gauche, c'est-à-dire du côté opposé aux lésions, la malade regardant ses membres paralysés.

Voici donc un nouveau fait qui tendrait à prouver, d'une part la dissociation d'origine des faisceaux constituant le nerf de la troisième paire : d'autre part, l'existence du centre rotateur de la tête, lequel, ayant été supprimé à droite, a laissé le centre rotateur gauche sans antagoniste ce qui a produit la rotation de la tête de droite à gauche.

A ce double point de vue cette observation offre les plus grandes analogies avec celles que nous avons réunies pour établir les rapports qui semblaient exister entre la paralysie dissociée de la troisième paire, la rotation de la tête et les lésions de méningo-encéphalite.

- 11. **Hernie inguinale étranglée. Perforations intestinales. Péritonite pelvienne. Oblitération complète des veines iliaques primitives, et de la veine cave inférieure sans œdème ;** par M. Henri LEROUX, interne des hôpitaux.

D..., âgé de 56 ans, ébéniste, entre le 1^{er} février 1877 (service de M. Nicaise), à l'hôpital Temporaire ; salle Saint-André n° 43.

(1) Voir, dans l'Album de la Société, un schéma : les points rouges marquent le ramollissement superficiel ; la ligne bleue trace les limites du ramollissement sous-cortical.

Le malade porte depuis 25 ans une hernie inguinale gauche, et se sert pour la maintenir d'un bandage défectueux. Il a eu, paraît-il, à trois reprises différentes des phénomènes d'étranglement durant quelques heures. Le 30 janvier, il eut le matin une garde-robe sans difficulté et travailla; à midi il éprouva du malaise, sa hernie était sortie sans qu'il eût fait d'efforts, et sans qu'il eût remarqué le moment de sa descente dans les bourses.

Depuis ce moment il n'a rendu par l'anus ni selles, ni gaz. Le 1^{er} février il eut des vomissements nombreux. Le 2 au matin, on trouve une hernie ovoïde, du volume de deux poings, descendant jusqu'au fond des bourses, et distendant la peau. Le pédicule est volumineux, la peau vascularisée, mais non œdématisée. Le ventre est douloureux au-dessus du pédicule, mais souple. Les pommettes sont rouges, chaudes, les yeux excavés, et toute la face amaigrie accuse une vieillesse prématurée due à la misère. Le malade prit dans la journée deux bains et on essaya sans succès le taxis modéré avec la bande de caoutchouc.

Le 3 février, 96 heures après le début de l'étranglement, on pratiqua la kélotomie.

L'incision de la peau, et de l'aponévrose du grand oblique mit à découvert l'étranglement au niveau de l'arcade crurale.

Après avoir essayé un taxis infructueux, on ouvrit le sac où se trouvait une anse d'intestin grêle sans épiploon, anse de 25 cent. de long, avec une portion considérable du mésentère; en arrière se trouvait une petite anse paraissant peu étranglée, tandis que la première était violacée, à surface externe légèrement dépolie.

On débrida en avant sur l'arcade crurale; la réduction se fit assez facilement et sans gargouillement; l'intestin, mat à la percussion, ne contenait pas de gaz. — On fit une suture isolée des parois du sac, et on mit un petit tube à drainage dans le bout inférieur de l'incision, puis sur la plaie cutanée non réunie, on appliqua un pansement phéniqué, et on fit la compression avec ouate et spica.

Après l'opération les vomissements continuèrent, et la première selle ne fut rendue que dans la journée du 6. Il y eut alors une légère péritonite avec ballonnement du ventre, sensibilité à la pression, élévation de la température, petitesse et accélération du pouls, ictère généralisé mais peu intense, dépression assez considérable.

A partir du 9 il y eut un mieux sensible sans toutefois que le malade sortît complètement de la dépression où il était plongé. Pendant tout le mois de février il se soutint à peu près, mais affaibli par une diarrhée rebelle, et par des frissons et

des élévations de température irrégulières répondant en général à des coliques abdominales.

Le 2 mars on notait un ventre peu ballonné, des selles moulées, deux vomissements, le poulx petit, faible, un amaigrissement notable depuis quelques jours, l'haleine fade, la langue contractée.

A partir du 5 mars à la dépression s'ajouta un sentiment de dyspnée assez profond; on trouvait de la matité aux 2 bases du poumon surtout à droite et un murmure vésiculaire affaibli. — Le 14 mars le malade s'éteignait cyanosé, la cause ultime de sa mort paraissant être le défaut de respiration.

AUTOPSIE le 16 mars, 96 heures après la mort. Les viscères abdominaux sont déplacés, l'estomac porté à droite, les intestins à gauche, le mésentère dévié de ce côté.

Oblitération lamelleuse au niveau du collet du sac; adhérences de l'intestin en ce point, au voisinage de l'orifice interne; nombreuses et fines adhérences des anses intestinales congestionnées et d'un gris noirâtre; quelques brides lamelleuses dans le sac.

Péritonite circonscrite dans le petit bassin formant une cavité allant de la face postérieure du pubis jusqu'au fond du cul de sac recto-vésical, cavité limitée en haut par les anses de l'intestin grêle et par l'épiploon porté à droite, contenant un liquide noirâtre, d'odeur infecte.

Sur les parois, trois perforations intestinales, aux deux bouts de l'anse herniée, qui est noirâtre, mince, et mesure 60 cent. Sa muqueuse est peu altérée, les plaques de Payer paraissent plus consistantes.

A la face inférieure du foie, collection purulente autour de la vésicule, enkystée inférieurement par des adhérences de l'épiploon, du côlon transverse et du duodénum. La face interne de la vésicule est gris blanchâtre, tomenteuse. Pas d'abcès, ni d'infarctus dans les viscères, reins, cerveau, foie, poumons. Foie petit, gras, friable; reins rosés; rate molle, diffuse avec adhérences anormales, et péricapnité considérable formant en avant une plaque fibreuse épaisse.

Pierres intactes. Poumons congestionnés aux deux bases, surtout à droite. *Cœur* sain.

L'examen du bassin montre une thrombose des veines iliaques internes et primitives, et de la veine cave inférieure; ces vaisseaux sont remplis par un caillot les oblitérant complètement et allant jusqu'aux veines rénales. — La face interne de la veine cave présente une rougeur intense jusqu'à la pointe supérieure du caillot; sa paroi externe présente des plaques congestionnées.

Quant au caillot, il possède une enveloppe fibrineuse formant

une sorte de fausse membrane résistante, à face externe lisse et d'un rouge foncé, à face interne inégale; l'intérieur de ce caillot est rempli d'une matière grise, rougeâtre, semi liquide formant du faux pus. Le caillot est également ramolli au centre dans la veine iliaque primitive droite, et dans la partie supérieure de la gauche; dans la partie inférieure de celle-ci le caillot est compact et présente des feuillets fibrineux blancs, séparés par des masses irrégulières d'un rouge foncé. Les veines lombaires sont aussi oblitérées par un caillot fibreux.

RÉFLEXIONS. — Cette autopsie nous permet de reconstituer la marche des lésions. Après l'opération il y a eu une péritonite circonscrite; l'intestin déjà malade a été perforé, et des adhérences ont limité une poche. Les veines hypogastriques se sont enflammées, il y a eu thrombose et le caillot s'est étendu à la veine cave inférieure. La mort a été amenée par une septicémie chronique.

Le fait le plus curieux est cette thrombose des veines iliaques et de la veine cave inférieure, amenant leur oblitération complète, sans que rien pendant la vie ait fait soupçonner cette grave altération. *Jamais le malade n'avait présenté d'œdème des membres inférieurs.*

Il n'y avait pas un développement anormal des veines sous-cutanées abdominales, et nous avons vu que les veines lombaires au moins au voisinage de la veine cave étaient oblitérées.

Ce fait est en opposition avec l'opinion des auteurs classiques, car M. Lancereaux (article *Caves* du *Dict. enc.*) affirme que le phénomène capital de l'oblitération de la veine cave inférieure est toujours l'œdème, et M. Raynaud (art. *Caves* du *Dict. prat.*) cite comme exception un cas de Castelnau où une oblitération presque complète de la veine cave inférieure jusqu'au niveau du foie n'avait amené qu'un peu d'œdème limité à une jambe,

On ne peut s'expliquer l'absence d'œdème que par ce fait que la circulation chez un sujet cachectique et déprimé était fort ralentie.

Cette observation confirme l'opinion de M. Ranvier qui dit qu'une veine peut être oblitérée sans qu'il y ait d'hydropisie, et qui fait jouer un rôle important à la tension exagérée du sang et à l'action des vaso-moteurs.

12. Kyste hydatique du foie suppuré; rétention de la bile; cirrhose hypertrophique; par F. BALZEN, interne des hôpitaux.

Lab..., âgé de 27 ans, entre le 27 février 1877, n° 5 de la

salle Sainte-Geneviève, (service de M. Lépine), à l'hôpital Temporaire. Habituellement d'une bonne santé, il a quitté le service militaire il y a deux ans et a contracté depuis cette époque la syphilis au mois de juillet 1875. L'année dernière il a été traité à l'hôpital Saint-Louis pour des plaques muqueuses à l'anus. Il raconte qu'il souffre depuis quelque temps dans la région de l'estomac et qu'il a maigri et perdu l'appétit. Il était sujet à des maux de tête, depuis sa syphilis. Il y a six semaines, après une période de malaise, il eut la jaunisse et dut garder la chambre pendant huit jours, après lesquels il put reprendre son travail pendant une quinzaine de jours.

Depuis 27 jours, il ne peut plus travailler à cause des douleurs qu'il ressent dans les reins, dans le ventre et principalement dans le flanc droit. Il avait des frissons presque tous les soirs, il ne pouvait dormir pendant la nuit. Il était mieux dans la journée et pouvait se lever.

Etat actuel : tuméfaction notable : au-dessous des fausses côtes la palpation est douloureuse. La matité hépatique commence à deux centimètres au-dessus du mamelon droit. Voussure considérable des côtes à droite. La percussion est douloureuse, la matité s'étend en bas jusqu'à 4 ou 5 centimètres au-dessous du rebord des fausses côtes. La matité est de 19 centimètres sur la ligne axillaire, de 14 centimètres sur la ligne médiane. On trouve une petite hernie graisseuse au-dessus de l'ombilic. Le rate ne paraît pas augmentée de volume.

La respiration est légèrement soufflante à la base du poumon droit. Rien au cœur, le pouls est petit, 96 pulsations. T. A. 37°, 8. La langue est jaune, humide. La face a une expression de souffrance très-marquée. Conjonctives légèrement ictériques. — L'urine traitée par l'acide nitrique laisse déposer une couche verte. — Prescription : 20 sangsues sur l'hypochondre droit. Calomel, 1 gramme en 10 paquets. Régime lacté.

23. — Même état. A la mensuration de la base de la poitrine, en passant par l'insertion de l'appendice xiphoïde et la partie la plus saillante des côtes, on trouve 0,92 centimètres, dont 0,44 pour le côté gauche. Pouls : 100. Le malade a rendu un demi-litre d'urine foncée. — Prescription : Calomel, 0,50 centig., en 5 paquets.

24. — Hier soir, il s'est plaint d'avoir les pieds froids. Cauchemars et fièvre pendant la nuit. Le matin, il se sent mieux. Même quantité d'urine. On supprime le calomel. T. 37°.

Soir. — Il a eu un frisson d'une demi-heure, à 2 heures de l'après-midi. Il souffre beaucoup surtout dans les reins. T. 39°, 5.

25. — Le foie paraît avoir un peu diminué de volume, sur la ligne médiane. Même coloration jaune des conjonctives. Il a pris deux litres de lait depuis hier.

Soir. — Mêmes douleurs atroces dans les lombes, et s'irradiant vers l'épaule droite. Elles ont commencé à deux heures de l'après-midi. T. 38°,7.

26. — T. 38°. P. 120. — 20 sangsues au-dessous des fausses côtes droites.

27. — Soir, 38°,5. — Il a éprouvé un certain soulagement à la suite des sangsues. P. 88. T. 36°,8. — Presc. : 2 litres de lait; 0,50 centigrammes de calomel.

Soir. — Les douleurs ont reparu : le malade a été plusieurs fois à la selle. T. 39°.

28. — Quelques coliques pendant la nuit dernière. La matité du foie a augmenté de 3 centimètres sur la ligne médiane; elle paraît également avoir remonté sur la ligne axillaire. L'urine est chargée d'urates. — Soir : T. 39°.

1^{er} mars. — T. 37°,7. — Grandes difficultés pendant la nuit pour aller à la selle, malgré les 50 centigrammes de calomel qu'il prend tous les jours. — Presc. : vésicatoire sur la région hépatique; 4 pilule d'extrait thébaïque 5 centigrammes. Pour demain matin, 1 gramme de scammonée. — Soir, 39°,5.

2. — Le vésicatoire paraît l'avoir soulagé : les coliques et l'oppression sont moins fortes. On prescrit cependant une injection de morphine, matin et soir. Le malade fatigué du régime lacté, est remis aux bouillons. P. : 98. T. 36°,6.

3. — T. 36°,8. — P. 84. — Soir. — 38°,4.

4. — Très-vives douleurs dans la région lombo-hépatique. L'ictère augmente. Difficultés pour uriner depuis quelques jours. T. 36°,8. — Soir. — Même état, 38°,6. Il est toujours momentanément soulagé par les injections de morphine.

5. — Même état : le malade se plaint de frissons. Le ventre est un peu tendu. T. 37°. — Prescription : Onction sur le ventre avec l'onguent napolitain. Cataplasmes. Eau de Vichy. Calomel, 1 gramme en 10 paquets. — Soir. — T. 38°. L'ictère augmente. La langue est jaunâtre et sèche.

6. — Le foie ne paraît pas atteindre la limite inférieure précédemment marquée. En revanche, la matité déborde la limite supérieure. — Bouillon et un peu de viande sans pain.

Soir. — Il a un peu doré dans la journée. T. 38°,6.

7. — Les douleurs se font maintenant sentir au-dessus du sacrum. L'urine est chargée d'urates. T. 36°,6. — Scammonée, 1 gramme. — Soir. — 37°.

8. — Le malade se sent mieux : il a passé une assez bonne nuit, avec une injection de 2 centigrammes de morphine. Cependant l'ictère ne diminue pas : la langue est rouge et sèche.

Il prend tous les jours deux litres d'eau de Vichy et 1 gramme de calomel. P. 108. T. 38°,2.

9. — Il a passé une bonne nuit et a eu trois selles. Mais la coloration ictérique de la face est plus prononcée, et depuis hier les membres inférieurs sont œdématisés, ainsi que la paroi abdominale. P. 108. T. 36,7.

10. — Le malade continue à moins souffrir. On trouve 96 centimètres à la mensuration de la base du thorax. L'œdème des membres inférieurs continue à augmenter, ainsi que celui de la paroi abdominale. La couleur de l'ictère, franchement jaune, ne s'est pas modifiée. En présence de l'aggravation des symptômes, M. Lépine réunit en consultation MM. Nicaise, Dieulafoy et Rigal. Après un nouvel examen complet du malade, la ponction est décidée. M. Dieulafoy la fait immédiatement, au-dessous du rebord des fausses côtes, à trois centimètres en dedans de la ligne axillaire. On sent en ce point une sorte d'empatement d'ailleurs mal accusé. La ponction donne issue à 300 grammes d'un liquide clair, d'une teinte verdâtre. Le microscope décèle dans ce liquide la présence de nombreux globules de pus. La ponction est suivie d'une injection de morphine. Ce n'est qu'au deuxième essai que le liquide apparut dans le corps de pompe de l'aspirateur, le premier ayant été fait avec une aiguille trop étroite.

Dans la journée, le malade se plaint beaucoup du ventre, il s'agite sans cesse. Il a un peu de délire dans l'après-midi et dans la nuit. Douleurs légères au niveau des piqûres. Soir, T. 38°,5.

11. — Il a un peu dormi dans la nuit, à la suite de l'injection de morphine. L'ictère de la peau semble avoir un peu diminué, les conjonctives sont toujours aussi jaunes. Mais il est affaibli ; la respiration est fréquente (40 par minute), irrégulière. Le pouls est à 128. Il se plaint beaucoup du bas-ventre, qui a augmenté de volume, ainsi que les membres inférieurs. La palpation abdominale est impossible. La soif est vive : le malade a bu 2 litres d'eau de Vichy. Cependant il ne peut uriner, on est obligé de le sonder, et le cathétérisme retire environ un verre d'urine très-foncée. Frictions sur le ventre avec l'onguent napolitain. Calomel, 1 gr. Vers 6 heures du soir, il est pris tout-à-coup de hoquets et d'une oppression très-vive ; ses forces semblent l'abandonner tout-à-coup, le facies, déjà grippé, se décompose rapidement et il meurt subitement au bout d'une demi-heure, en pleine connaissance.

AUTOPSIE, le 13 mars. — Les poumons sont refoulés à la partie supérieure de la poitrine. On trouve plusieurs échy-moses à la base des deux poumons, principalement à la base du poumon gauche. Les lobes inférieurs sont atelectasiés,

surtout le lobe inférieur droit ; les sommets, également, crépitent à peine. Le cœur est sain, ainsi que l'aorte. La cavité péritonéale renferme environ trois litres de sérosité louche avec flocons albumineux et néo-membranes. Les interstices sont agglutinés par les fausses membranes, qui recouvrent le péritoine dans toute son étendue. L'intestin est très-injecté sur son bord libre.

Le foie est énorme et remplit la région épigastrique et les deux hypochondres, refoulant en haut le cœur et les deux poulmons, principalement le droit. Sa face inférieure repose sur l'estomac qu'elle repousse dans le flanc gauche. On aperçoit sur sa face convexe un vaste kyste, situé à droite du ligament suspenseur et à la surface duquel le péritoine enflammé présente des néo-membranes anciennes et récentes. On retrouve facilement les deux trous des ponctions non oblitérées. Le kyste se rompt, pendant l'extraction du foie de l'abdomen, et après avoir incisé sa paroi, on peut recueillir encore au moins deux litres de liquide purulent, épais, mélangé d'hydatides de volumes divers. La paroi supérieure du kyste, très-mince à sa partie moyenne où elle présente à peine deux millimètres d'épaisseur, n'est constituée que par le péritoine épaissi et les enveloppes propres du kyste. A la périphérie, elle renferme au contraire évidemment du tissu hépatique. La cavité du kyste s'étend d'avant en arrière dans un plus grand diamètre ; elle divise en quelque sorte le foie en deux parties, dont la plus considérable est constituée par le lobe droit. Les parois latérales sont formées par les deux lobes ; la droite présente une sorte de diverticulum en doigt de gant. La paroi inférieure formée en avant et en arrière par le tissu hépatique, ne paraît plus constituée à son centre que par le péritoine épaissi, doublé par les enveloppes du kyste, de même que la paroi supérieure. En résumé, le kyste présente à peu près la forme d'un ovoïde irrégulier, dont le plus grand diamètre est dirigé d'avant en arrière. La constitution de ses parois montre bien, qu'après avoir occupé le centre du foie à son début, il a refoulé le tissu hépatique, de manière à devenir superficiel à sa partie supérieure et à sa partie inférieure. Les gros canaux biliaires sont encore perméables, il sort de la vésicule une bile un peu rougeâtre, assez abondante. Les vaisseaux paraissent normaux. Le tissu hépatique présente une teinte jaune clair, sur laquelle se détachent nettement les canaux colorés par la bile. Les lobules du foie sont très-distincts, de manière à rendre très-probable l'existence de la cirrhose dans les espaces. L'estomac est dilaté, rempli de bile. La rate est grosse ; le pancréas est sain ; les reins sont très-gros, un peu congestionnés et colorés en jaune par la bile.

L'examen microscopique a été fait au laboratoire d'histologie de Clamart, après durcissement par l'alcool, la gomme et l'alcool. Nous avons étudié successivement la paroi du kyste et le tissu hépatique dans le voisinage de cette paroi, et dans différents points de l'organe. La paroi du kyste, dans sa portion la plus mince, est constituée par le péritoine épaissi, au-dessous duquel on trouve de nombreuses cellules embryonnaires et fusiformes et des fibres du tissu conjonctif au milieu d'une matière amorphe. Le tissu conjonctif est surtout abondant au milieu de la paroi, où il forme une véritable couche, renfermant des vaisseaux à parois très-épaissies, et ça et là des foyers purulents. En dedans de cette couche, on ne trouve plus que des cellules fusiformes et surtout des globules de pus. On rencontre encore dans la paroi des groupes de cellules lymphatiques disséminés, et situés au-dessous du péritoine, et même quelques cellules isolées.

La structure de la paroi du kyste diffère dans les points où elle est en rapport avec le tissu hépatique. On voit, en effet, sur les coupes, de dedans en dehors, une première zone formée par des globules de pus, des cellules fusiformes et quelques fibres de tissu conjonctif. Ce tissu forme la zone qui est située au-dessous et dans laquelle on remarque en outre des vaisseaux biliaires dont l'épithélium est fortement coloré en rouge par le picro-carminate d'ammoniaque et des vaisseaux. Les canaux biliaires sont d'autant plus nombreux qu'on s'approche davantage du tissu hépatique : on trouve également un certain nombre de petits foyers purulents disséminés. Les mêmes éléments constituent la troisième zone, qui renferme de plus des cellules hépatiques aplaties, au milieu des cellules embryonnaires. Enfin, au-dessous, on trouve le tissu du foie congestionné et présentant une abondante prolifération cellulaire qui dissocie les cellules. L'irritation porte même, en ces points, sur les parois des veines sus-hépatiques, qui restent saines dans tout le reste du foie.

Sur les coupes du tissu hépatique, pris à une certaine distance du kyste, on voit, à un faible grossissement, les lobules assez nettement dissociés ; les espaces sont remplis de cellules embryonnaires, visibles surtout autour des canaux biliaires, ceux-ci paraissant anormalement développés et augmentés en nombre. Ces lésions sont limitées aux espaces portes et tendent seulement à se prolonger du côté des fentes. La veine sus-hépatique est saine.

A un grossissement plus fort, on voit plus nettement la prolifération embryonnaire des espaces. Il n'existe que de rares faisceaux de tissu conjonctif ; le développement exagéré des canaux biliaires est très-remarquable. La dilatation porte

également sur le réseau des fins canalicules biliaires du lobule dont on voit nettement le double contour en rapport avec les cellules. Celles-ci ne paraissent pas avoir subi de modifications appréciables. Les lésions sont beaucoup plus marquées sur les coupes faites dans le voisinage de la paroi du kyste. Les espaces sont beaucoup plus grands, la prolifération embryonnaire est telle qu'elle va jusqu'à la formation de petits foyers purulents, qu'on aperçoit surtout auprès des canaux biliaires un peu gros. En plusieurs points, la membrane interne de ces canaux est plissée, comme après une rupture ; l'épithélium flotte détaché au milieu du canal. On voit aussi un épaissement de la tunique externe de la veine-porte avec prolifération cellulaire : celle-ci paraît même se continuer entre les cellules du lobule qui sont ainsi dissociées par les éléments embryonnaires. Les cellules hépatiques sont aplaties, tassées par la compression ; elles sont ordinairement normales. Mais dans quelques points où la cirrhose est la plus marquée, elles s'atrophient, deviennent allongées, irrégulières et anguleuses, ou bien elles disparaissent en se transformant en une matière vitreuse qui se segmente en formant des carrés irréguliers, et reste insensible à l'action du carmin. Cette dégénérescence est surtout marquée dans la partie moyenne du lobule : les cellules vitreuses sont habituellement séparées des espaces portes par une zone de cellules déformées et aplaties, mais relativement saines.

En résumé, il s'agit évidemment ici de lésions analogues à celles qui ont été observées dans la cirrhose consécutive à l'obstruction accidentelle ou expérimentale des voies biliaires. Il y a cyrrhose hypertrophique encore peu avancée, évoluant d'une manière plus marquée dans le voisinage du kyste où les lésions semblent présenter une marche aiguë, qu'il faut mettre sur le compte de l'influence irritante exercée par la présence du foyer purulent. Malgré la perméabilité des voies biliaires au moment de l'autopsie, on ne peut douter de leur compression, traduite par l'ictère pendant la vie. Il est d'ailleurs rationnel d'admettre que le kyste, en coupant le foie en deux parties, en ne laissant qu'un point de peu d'épaisseur à la partie inférieure devait avoir modifié considérablement les conditions de la circulation biliaire. Il est difficile de dire à quel moment a pu commencer l'évolution des lésions, et il est probable qu'elle ait dû subir plusieurs alternatives liées à l'intermittence de la compression. L'ictère, après avoir disparu une première fois après la sortie du malade de l'Hôtel-Dieu, et être resté insignifiant dans les premiers temps de son séjour à l'hôpital Temporaire, est devenu intense à partir du 6 mars, et a paru diminuer après la ponction. Il paraît donc

avoir été lié d'une façon constante à l'existence de la compression, et en considérant l'état embryonnaire des lésions, on peut à la rigueur supposer que c'est surtout à partir du second ictère qu'elles ont dû évoluer avec une rapidité qui ne peut étonner, si l'on songe avec quelle promptitude MM. Charcot et Gombault les ont vues survenir chez les cochons d'Inde auxquels ils avaient lié le canal cholédoque.

Au point de vue pratique, cette observation est encore intéressante, parce qu'elle montre les difficultés insurmontables que peuvent présenter le diagnostic et l'intervention chirurgicale dans certains kystes du foie. En effet, le foie avait si bien conservé sa forme régulière, et l'exploration de l'abdomen donnait si peu de résultats que l'on pensait d'abord se trouver en présence d'une hépatite suppurée avec foyers multiples. Il n'existait, ni frémissement, ni fluctuation, seulement un empatement vague au-dessous des fausses côtes droites. Cette obscurité des symptômes a empêché l'emploi de la méthode de Récamier, la seule qui dût être mise en usage avec un kyste aussi superficiel, la ponction avec aspiration ou établissement d'une canule à demeure devant être infailliblement suivies, en pareil cas, d'un épanchement dans le péritoine.

13. Atrophie des circonvolutions occipitales postérieures du côté droit ; par L. DREYFUS-BRISAC, interne des hôpitaux.

Ség..., âgé de 19 ans, forgeron, entré (service de M. GUBLER) salle Saint-Louis, n° 2, à l'hôpital Beaujon.

Ce malade présentait tous les signes d'une fièvre typhoïde ataxo-adynamique ; cependant l'existence d'une prolapsus de la paupière supérieure gauche, fit penser un instant à une affection cérébrale, et examiner l'état de la motilité et de la sensibilité. On ne constata nulle part ni paralysie ni strabisme, ni mydriase. Des renseignements fournis par son patron, il résulte qu'il s'était toujours bien porté antérieurement. Le malade succomba au seizième jour environ de son affection, au milieu de phénomènes adynamiques.

AUTOPSIE. — On trouve dans les intestins, la rate, les poumons, les altérations habituelles de la fièvre typhoïde. En découvrant le cerveau, on est frappé de l'état des circonvolutions occipitales postérieures du côté droit. Celles-ci présentent un aspect tout particulier, elles sont d'un brun-noirâtre, dures au toucher, comme racornies, ratatinées, considérablement atrophées, aussi l'hémisphère droit est-il plus court que son congénère du côté gauche. Les circonvolutions altérées sont réduites à une mince pellicule brunâtre, amorphe ; lorsqu'on incise cette pellicule, on tombe sur une cavité allongée, irré-

gulaire, d'un centimètre environ de largeur, où se trouve une petite quantité de liquide citrin. La substance cérébrale avoisinante est ramollie, les méninges sont épaissies, adhérentes au niveau des circonvolutions atrophiées. Le reste du cerveau est normal, cependant il existe au pied de la corne d'Ammon une petite tache brune et au-dessous on constate une induration très-nette de la substance cérébrale. Rien du côté des vaisseaux de l'encéphale.

En somme, nous nous trouvons en présence d'une lésion non encore signalée, croyons-nous; c'est en quelque sorte le racornissement, peut-être congénital, de deux ou trois circonvolutions cérébrales, sans que celles-ci, considérablement atrophiées, aient perdu leur forme, leurs plis normaux. Du reste, comme cela arrive souvent pour les lésions occipitales, cette altération est restée latente au point de vue symptomatique.

14. Kyste hydatique de la rate; par L. MALASQUEZ.

Notre collègue, M. le Dr Gustave Martin (de Nevers), m'a prié de vous présenter la pièce suivante, recueillie par deux médecins militaires, MM Farine, major, et Charpentier, aide-major, sur un soldat de leur régiment, mort presque subitement; cet homme, âgé de 22 ans, avait des habitudes alcooliques. Il venait de manger très-rapidement et de courir, lorsqu'il fut frappé d'une perte complète de connaissance: face morbide, yeux excavés, pupilles fortement contractées; lèvres et ailes du nez fortement étirées et noirâtres; mâchoire entr'ouverte et laissant écouler de la salive et des mucosités; de temps à autre, efforts de déglutition. — Insensibilité complète; bras froids et en résolution complète, doigts cyanosés. — Pouls insensible, battements cardiaques à peine perceptibles. — Râles ronflants et sibilants dans toute la poitrine. — Mort au bout de dix minutes environ.

AUTOPSIE, 24 heures après la mort.

Rigidité cadavérique, cyanose hypostatique du cou et de la nuque, veines superficielles gorgées de sang. *Poumons*: adhérences pleurales à gauche, congestion intense des deux poumons; foyer hémorrhagique considérable occupant toute l'épaisseur du sommet gauche; foyers hémorrhagiques plus petits disséminés dans les deux poumons. — Le tissu pulmonaire surnage. *Cœur*, petit; les cavités droites sont complètement exsangues. — *Estomac* et foie normaux. — *Rate*: présente à sa face interne une tumeur volumineuse sur laquelle elle s'étale; son extrémité inférieure seule est libre. Cette tu-

meur est à peu près sphérique et mesure environ 18 centimètres de diamètre.

C'est un kyste renfermant un liquide transparent, se troublant un peu vers la fin. Les parois sont minces, d'aspect fibreux; elles se continuent avec la membrane d'enveloppe de la rate; en dehors, elles adhèrent intimement au tissu splénique, qui, à ce niveau, est très aminci et constitue une véritable couche surajoutée. En dedans était une autre poche qui paraissait n'avoir aucune attache avec la précédente et qui s'était échappée avec le liquide au moment de l'ouverture du kyste. Cette poche est peu épaisse, friable, comme macérée. — Le cerveau n'a pu être examiné.

Quelle est la nature du kyste de la rate? Les médecins qui ont fait l'autopsie disent n'avoir trouvé aucune hydatide dans le liquide kystique; mais ont-ils fait l'examen microscopique de ce liquide, et surtout des dernières portions qui sont sorties, portions qui étaient troubles? Quoi qu'il en soit, la poche flottante trouvée dans la cavité kystique présente sur des coupes microscopiques, cette réfringence et les fines stries parallèles caractéristiques des poches hydatiques; en sorte qu'on peut affirmer que le kyste de la rate est un kyste hydatique.

15. Contribution à l'étude des accidents sympathiques oculaires. — Amblyopie sympathique de l'œil gauche. — Énucléation du moignon ossifié de l'œil droit perdu depuis 25 ans. — Guérison. — Rapport sur la candidature de M. de Beurmann; par M. LANDOUZY.

Cette observation pleine d'intérêt est un bel exemple d'une des formes insidieuses et mal connues que révèlent parfois les accidents sympathiques, elle montre de plus, comment ces accidents peuvent se développer d'une façon extrêmement tardive à la suite de la production de tissu osseux dans l'intérieur du globe oculaire.

On sait qu'en pathologie oculaire, les mots d'accidents sympathiques servent à désigner toutes les altérations qui peuvent survenir sur un œil sous l'influence d'une lésion quelconque de l'œil du côté opposé. Mackensie, le premier, dans son *Traité des maladies des yeux*, consacra un chapitre à l'iritis ou ophthalmitis sympathique; depuis, les travaux de Pritchard (1), de de Brondeau (2) et les observations de tous

(1) Association medical journal, 6 octobre 1854. *Annales d'oculistique*. T. XXXII, p. 172.

(2) *Des affections sympathiques de l'un des deux yeux à la suite d'une blessure de l'autre œil*. Th. Paris, 1858.

les ophthalmologistes, sont venus confirmer ses idées et la notion de la sympathie oculaire est aujourd'hui définitivement acquise. Si personne ne conteste l'action désastreuse qu'un œil altéré peut produire sur son congénère, on est loin d'être encore fixé sur la voie par laquelle se transmet cette action; bien plus, on connaît mal les formes cliniques que peuvent revêtir les accidents sympathiques. Cependant, en présence de la marche fatalement progressive qu'ils affectent toujours (quand l'énucléation de l'œil primitivement atteint ne vient pas supprimer leur cause), on comprend toute l'importance qu'il y a de faire dès le début, un diagnostic exact.

Dans la grande majorité des cas, les accidents sympathiques se manifestent sous forme d'irido-choroïdite aiguë, avec production abondante de masses exsudatives dans la chambre antérieure, oblitération de la pupille et désorganisation rapide du segment antérieur, aboutissant en peu de jours, à la perte complète de l'œil, au point de vue fonctionnel. Aussi, ces accidents sont-ils toujours décrits dans les livres, à côté des inflammations aiguës de la choroïde, de l'iris et du cercle ciliaire. Mais dans un certain nombre de cas, ils prennent un aspect tout différent et une marche beaucoup plus insidieuse.

Quelquefois, en effet, il se produit bien comme dans la forme commune une irido-cyclite plastique, mais tout l'appareil inflammatoire ordinaire: injection péri-kératique, larmoiement, photophobie, douleur extrême, font plus ou moins défaut et la désorganisation de l'œil survient sans que le patient ait pour ainsi dire conscience du danger qui le menace.

Chez quelques malades, l'affection présente au début tous les caractères de l'iritis séreuse, mais à la longue, les mêmes accidents surviennent peu à peu et entraînent le même résultat.

Dans quelques cas très-rares, enfin l'ophthalmie sympathique s'est manifestée sous forme de névrite optique ou de névro-rétinite exsudative. On trouve 3 cas de ce genre, rapportés dans le *Traité des maladies des yeux* du Dr Abadie (1), l'un est personnel, l'autre est emprunté à la clinique de de Græfe (2) et le troisième est tiré d'un recueil américain (3), tous sont extrêmement probants.

Dans toutes les formes si diverses les unes des autres, il

(1) T. I, p. 319.

(2) Clinique ophthalm. de de Græfe. — Edition française de Méyer, p. 323.

(3) Sympatische Augen Entzündun mit Neuroretinitis (Thomas Pooleg. *Arch für Ohren und Augen Heilkunde*. New-York, 1871).

est également impossible de mettre en doute l'influence sympathique que les accidents revêtent ; la forme de l'irido-cyclite aiguë ou chronique, de l'iritis séreuse ou de la névrite optique, leur origine est bien toujours la même. Leur marche toujours progressive, l'apparition de phénomènes douloureux sur l'œil primitivement lésé, au moment où l'œil jusque là sain commence à se prendre, l'absence de toute cause d'irritation chez ce dernier, enfin et surtout l'influence du traitement chirurgical, ne laissent subsister aucun doute à ce sujet. La guérison rapide après l'énucléation de l'œil primitivement atteint, sans l'emploi d'aucun autre moyen, est, en effet, un caractère capital, une sorte de critérium qui révèle sûrement la nature sympathique des accidents.

Or, nous retrouvons tout cet ensemble de symptômes dans l'observation que nous nous sommes donné la tâche d'analyser. Il s'agit d'un homme de 65 ans, dont l'œil droit avait été perdu à la suite d'un traumatisme accidentel et qui, pendant 25 ans, n'avait ressenti aucune espèce de gêne, soit de ce côté, soit sur l'autre œil. Au bout de ce long espace de temps, peu à peu, sans aucune cause appréciable, il s'aperçut que la vision de l'œil droit jusque là excellente, diminuait sensiblement ; cependant, il n'existait aucune douleur, aucun symptôme inflammatoire, aucune altération des milieux ni de membranes profondes, capable d'expliquer la diminution de l'acuité visuelle. La santé générale était excellente, et il n'y avait aucun signe qui permit d'attribuer l'apparition de cette amblyopie à une lésion cérébrale. En revanche, le moignon atrophié de l'œil droit était devenu douloureux depuis quelques jours et le malade n'en supportait l'exploration avec le doigt que difficilement. L'énucléation proposée dès le début fut faite au bout de quelque temps dans de bonnes conditions, elle fut suivie d'une amélioration rapide, et bientôt d'une guérison complète ; au bout d'un mois, la vision avait recouvré toute son acuité et toute son étendue.

Il est donc certain que chez ce malade, c'était bien à l'influence sympathique qu'étaient dus les accidents et cependant ils consistaient uniquement en une simple diminution de la vision centrale sans aucune lésion appréciable. Cette observation n'est du reste pas isolée. Donders avait déjà signalé comme précurseurs de l'ophtalmie sympathique des phénomènes purement fonctionnels tels que la parésie de l'accommodation, le rétrécissement du champ visuel, la photophobie, le blépharospasme.—Dans un cas observé par Cohn les choses se passèrent à peu près de la même façon que chez notre malade.

« A la suite d'un traumatisme très-violent il se forma d'un côté un vaste exsudat sur la rétine et la vision fut totalement

abolie : cinq semaines après l'accident, sans aucune lésion extérieure ou profonde apparente, la vision de l'autre œil commençait à baisser et l'acuité visuelle descendait bientôt à 5/7 ; cinq mois après elle était tombée à 4/7 l'œil restant toujours en apparence en parfait état d'intégrité. L'énucléation de l'œil perdu fut faite et au bout de quatre semaines la guérison était complète et l'acuité visuelle redevenait égale à 1. On trouve dans la littérature ophthalmologique quelques autres cas analogues où le même traitement donna un succès égal. »

Il n'est pas douteux, en somme, que les accidents sympathiques revêtent quelquefois l'apparence d'une amblyopie sans lésion. Peut-être la diminution de l'acuité visuelle isolée en apparence n'est-elle, en ce cas, que le prélude d'accidents plus graves qui se produiraient au bout d'un certain temps ; c'est ce qu'il est impossible de savoir, l'énucléation ayant été faite et ayant amené la guérison chaque fois que l'origine des accidents fut soupçonnée. Quoi qu'il en soit la marche progressive de l'amblyopie et tout ce que nous savons de la gravité ordinaire de toutes les formes d'accidents sympathiques donne à penser que cette affection, abandonnée à elle-même, se terminerait probablement par une perte complète et irrémédiable de la vision. Quand le diagnostic est établi on n'a donc pas le droit d'attendre, il faut recourir sans plus tarder au traitement qui doit enrayer la marche des accidents et restituer la vision.

« Comme toutes les amblyopies, celle qui se développe sous l'influence sympathique n'est certainement pas isolée ; l'examen le plus minutieux ne nous révèle pas la lésion dont elle dépend mais celle-ci n'en existe pas moins sans doute et il est permis d'espérer qu'on pourra remonter un jour à la véritable cause de ce trouble fonctionnel que nous nous bornons à constater aujourd'hui. Les observations ne signalant jusqu'à présent aucun symptôme inflammatoire ni même aucun trouble de circulation nous en sommes réduits, jusqu'à présent, sur ce point, à des hypothèses.

» On sait, du reste, que malgré les nombreuses recherches qui ont été faites récemment, l'étiologie est encore un des côtés obscurs de l'affection sympathique. L'influence nuisible exercée par un œil sur son congénère est incontestable mais on n'est pas encore entièrement fixé sur la voie par laquelle elle se propage. Les uns, suivant l'opinion antérieure, admettent une lésion remontant le long du nerf optique traversant le chiasma et se transmettant ainsi par continuité de tissu jusqu'au nerf optique et au globe oculaire du côté opposé. Les autres, plus nombreux, pensent que c'est l'irritation des filets terminaux des nerfs ciliaires qui agit sur les centres nerveux

d'où dépend la nutrition des globes oculaires et détermine ainsi des lésions du côté opposé. L'analogie, la nature des accidents douloureux qui se développent quelquefois dans les points symétriques de la zone ciliaire sur les deux yeux, le développement de l'ophthalmie sympathique dans des cas où le nerf optique était complètement atrophié depuis longtemps et réduit à une simple trainée celluleuse, l'existence fréquente du pincement, du tiraillement des extrémités des nerfs ciliaires sur les yeux énucléés, tout nous semble plaider en faveur de cette opinion. Cependant, il faut reconnaître qu'il existe quelques faits qui lui sont contraires. Un ophthalmologiste des plus distingués, Mooren, affirme avoir vu des accidents sympathiques apparaître à la suite de lésions du nerf optique et disparaître après l'excision de ce tronc nerveux. »

Les lésions trouvées à l'autopsie de l'œil énucléé dans le casque nous examinons ne nous semblent pas être de nature à éclairer cette question, mais elles n'en sont pas moins intéressantes à étudier.

L'intérieur de la coque oculaire était entièrement occupé par une masse pierreuse en un point de laquelle on retrouvait le cristallin réduit de volume et transformé en une masse crétacée par l'incrustation de sels calcaires. Le reste de la masse était formé d'une substance fibrillaire dans laquelle on trouvait, disséminés, des ostéoplastes très-facilement reconnaissables. Il y avait donc eu ossification du contenu de l'œil à la suite des phénomènes inflammatoires déterminés par le traumatisme.

Ce genre de lésion, bien différent de la dégénérescence crétacée qui existe aussi quelquefois, est relativement assez commun. Longtemps on a cru que c'était la rétine qui subissait en pareille circonstance la transformation osseuse et en effet l'adhérence presque toujours intime qui existe entre le nerf optique et ces sortes de productions semble plaider en faveur de cette opinion. Mais les recherches histologiques ont démontré que c'est généralement la choroïde qui subit la transformation osseuse.

Schien-Gemuseus, de Bâle, a publié récemment le résultat de l'examen de huit yeux ossifiés. Dans tous il a trouvé que l'ossification avait débuté par la limitante interne de la choroïde-capillaire; M. Knapp affirme que c'est là le point de départ constant du processus.

Cependant, le cas que nous avons à examiner est donné comme un exemple d'ossification du corps vitré. Notons d'abord sans attacher trop d'importance à cette remarque, que les productions osseuses, au lieu d'avoir comme d'habitude

la forme de paillettes disséminées dans l'étendue de la choroïde ou de constituer une sorte de coque moulée sur les enveloppes de l'œil et renfermant les débris altérés de la rétine et du corps vitré, formaient au contraire une masse compacte occupant toute la cavité oculaire.

De plus, les cellules contenues dans les corpuscules osseux étaient dépourvues de pigment et dans aucun point on ne trouvait de granulations pigmentaires. Or, quand l'ossification débute par la choroïde, les cellules de la couche pigmentaire placée à la partie la plus interne de cette membrane, doivent nécessairement être entraînées et englobées par les produits de nouvelle formation s'ils viennent à envahir le corps vitré, comme d'ailleurs le pigment qu'elles contiennent est insoluble et résiste indéfiniment aux altérations pathologiques, on devrait, quand telle est la marche du processus, en retrouver des traces dans les parties ossifiées. C'est en effet ce qui a lieu dans la grande majorité des cas.

Enfin, entre la masse ossifiée et la sclérotique restée à peu près normale, il existait une lame noirâtre isolable formée de tissu conjonctif renfermant quelques cellules pigmentées. Cette membrane était probablement un reste de la choroïde atrophiée par suite de la pression et des altérations nutritives qu'elle avait subie, mais non envahie par l'ossification.

Malgré la rareté du fait, il est donc probable que c'est dans le corps vitré que se sont formés les ostéoplastes. Le tissu conjonctif organisé à la suite de l'hyalitis suppurative causée par le traumatisme a probablement servi de point de départ à la formation du tissu osseux.

Nous ne connaissons aucun autre cas où l'examen histologique ait conduit à la même conclusion ; mais Virchow, dans son *Traité des Tumeurs*, admet que les ossifications intra-oculaires peuvent se développer, soit dans la choroïde, soit dans le corps vitré.

Quoi qu'il en soit, les accidents sympathiques survenus d'une façon très-tardive sont souvent consécutifs à des lésions de ce genre. Chez le malade, qui fait le sujet de l'observation, il s'écoula 25 ans entre le traumatisme et l'apparition de l'amblyopie du côté opposé ; aussi, quand on voit apparaître des accidents sympathiques très-longtemps après la perte du premier œil, doit-on penser à la possibilité d'une ossification.

Cette particularité tient peut-être à ce que les nerfs ciliaires, intacts au début, ne se trouvent irrités et n'exercent leur influence sur l'œil sain que quand le tissu osseux s'est assez développé pour les comprimer ou les tirailler. Ce n'est là qu'une hypothèse, mais elle peut servir à faire comprendre

la coïncidence fréquente des accidents sympathiques tardifs avec l'ossification de l'œil primitivement lésé.

16. Cirrhose atrophique d'origine veineuse.— Diminution de l'urée et des urines; par le D^r GUICHET.

G. Bonh..., âgé de 39 ans, musicien, entré dans le service de M. Morand, le 7 janvier 1877, décédé le 6 mars.

Cet homme est souffrant depuis plusieurs mois : appétit notablement diminué, amaigrissement, toux quinteuse, essoufflement au moindre travail, pas d'hémoptisies; fatigue, courbature, lassitude générale, diarrhée sanguinolente considérable, œdème des malléoles après la marche.

Etat à l'entrée : Face terreuse, peau sèche et brunâtre, amaigrissement des membres, œdème peu marqué des extrémités inférieures, ascite modérée, veines abdominales développées.

Foie augmenté de volume, le malade éprouve parfois de vagues douleurs dans la région hépatique; pas d'ictère. Craquements fins humides au sommet droit, rien au cœur. Le malade, qui est intelligent et assez instruit, avoue des mécomptes dans sa vie et des habitudes d'excès alcooliques. Pendant tout le mois de janvier, la diarrhée semble vouloir céder, mais l'ascite et l'œdème augmentent, les urines deviennent de plus en plus rares, elles sont très chargées et nous commençons, dès le 1^{er} février, à faire journellement analyser les urines et l'urée. Ce travail, dû à MM. Junilhon et Bonnarel, docteur en médecine et pharmacien de l'hôpital, nous permet de mettre sous les yeux un tableau complet de l'examen quotidien par le *procédé de Lecomte*.

Pendant la première quinzaine de février, l'amaigrissement s'accroît davantage, les urines ne dépassent jamais 250 grammes et la quantité d'urée n'excède pas 7 grammes par jour.

18 février. L'abdomen est très-distendu, sa circonférence est de 1 mètre, fluctuation nette, évidente, respiration gênée fréquente, œdème, hémorrhagies.

Du 20 au 23, la mensuration de l'abdomen nous donne une moyenne de 96 centimètres; foie revenu au volume normal, rate petite; la température qui est restée régulière jusqu'au 20, commence à cette date à subir de capricieux écarts, elle descend par deux reprises à 35° 6, pour remonter à 37° 4; l'urine et l'urée suivent toujours leur marche décroissante, subdélire presque continu.

27 février. Ponction avec l'appareil Potain, sérosité citrine dont l'analyse ne fournit pas d'urée; on arrête l'écoulement

après avoir obtenu 300 grammes de liquide. Mensuration après l'opération 0,90; pouls 124; urine 120 gr.; urée 4 gr. 23; sub-délire, respiration gênée et précipitée. — 3 mars: urée 1 gr. 92 urines 80 gr. — Du 3 au 6 mars, incontinence d'urine (quelques gouttes), hémorrhagies intestinales continuelles, marasme, mort.

FÉVRIER.	DENSITÉ.	VOLUME en 24 heures.	ALBUMINE.	URÉE en 24 heures.	OBSERVATIONS.
1	1.028	250	—	6.975	Dépôts urinaires abondants.
2	1.029	250	•	7.30	
3	1.029	245	•	7.374	
4	1.030	245	Traces.	7.497	
5	1.030	245	—	7.276	
6	1.030	250	—	7.45	
7	1.030	250	—	7.40	
8	1.030	250	—	7.675	
9	1.030	245	•	7.693	
10	1.030	250	Traces.	7.475	
11	1.030	250	—	7.625	Hémorrhagies profuses et incoercibles.
12	1.030	245	—	7.693	
13	1.031	230	—	7.498	
14	1.031	235	—	7.778	
15	1.031	240	—	7.92	
16	1.032	235	—	7.896	
17	1.032	235	•	7.99	
18	1.032	230	•	7.981	
19	1.032	225	•	7.625	
20	1.032	220	•	7.502	
21	1.032	220	•	7.524	
22	1.033	200	•	6.98	
23	1.033	200	•	6.92	
24	1.034	200	•	7.02	
25	1.035	196	•	7.448	
26	1.035	200	•	7.40	
27	1.034	120	•	4.256	
28	1.035	180	•	7.20	
Mars.					
1	1.03	120	•	3.	Du 3 au 6 mars jour du décès, incontinence d'urine et des matières fécales, hémorrhagies intestinales constantes.
2	1.0	100	•	2.05	
3	1.0	80	•	1.92	

AUTOPSIE. — La cavité abdominale contient environ 2,500 gr. de sérosité. *Poumons*: droit, caverne au sommet, cavernules

disséminées; — gauche, induration considérable vers la portion centrale au sommet, tubercules. — *Cœur* petit, grasieux — *Pancréas* ferme et présentant de petites granulations comparables à des grains de millet. — *Rate* normale. — *Reins* un peu augmentés de volume, on n'y voit plus aucune trace de pyramides. — *Foie* mamelonné, globuleux, granulé, dur, résistant, criant sous le scalpel; c'est un cas de cirrhose atrophique, de cirrhose à petits grains, qu'on peut même considérer comme un type de ce genre. — La rétraction de l'organe est loin d'être avancée, il pèse encore 1,400 gr.

Cette observation nous semble intéressante, car elle concorde d'une remarquable façon avec les savants travaux de MM. Charcot et Gombaut, sur les *différentes formes de la cirrhose du foie*, et avec les belles études de M. Brouardel, sur *l'urée et le foie*. D'un côté, en effet, nous observons les troubles des fonctions digestives, le développement des veines sous-cutanées abdominales, les hémorragies intestinales, l'ascite, l'absence d'ictère, la marche rapide des accidents et la mort dans le marasme, après un subdélirium prolongé, qui, avec les résultats de la nécropsie, nous donnent les caractères assignés par MM. Charcot et Gombaut à la cirrhose atrophique, à la cirrhose veineuse. D'un autre côté, nous observons, ainsi que l'ont établi les travaux de M. Brouardel, une étonnante diminution dans l'excrétion de l'urée au cours d'une cirrhose.

17. Note sur la disposition des veines du rectum et de l'anus, et sur quelques anastomoses peu connues du système porte;
par H. DUARZ, aide d'anatomie.

I. Parmi les préparations données au concours de l'adjuvat, se trouvent les *vaisseaux du rectum*: A ce propos, j'ai cru utile de faire connaître à la Société les principaux résultats de mes recherches sur les veines de cet organe. Je crois pouvoir lui montrer quelques particularités importantes, qui ont été peu étudiées par les auteurs.

Lorsqu'après avoir injecté les veines mésaraïques, on observe le rectum par sa face externe, on remarque trois ou quatre troncs volumineux qui montent en arrière et sur les côtés. Ces veines apparaissent brusquement par six à huit rameaux, qui sortent des parois du rectum, à huit ou dix centimètres de la marge de l'anus, vers le tiers supérieur de l'ampoule rectale. Presque toutes les préparations des musées d'anatomie ne représentent que cette partie des veines rectales, et beaucoup d'auteurs n'ont indiqué que cette portion de leur trajet, ajoutant simplement que ces veines ont leur

origine dans les parois du rectum, ou dans des plexus veineux péri-sphinctériens. Quelques-uns supposent même que le reste du rectum envoie son sang veineux dans les veines hémorroïdales externes. Il n'en est rien.

Si, en effet, on vient à disséquer la muqueuse rectale en partant de la marge de l'anus, jusqu'à une hauteur de 10 à 12 centimètres, il est facile de constater que les cinq à six grosses veines que, par la face externe, nous avons vu sortir, au niveau du tiers supérieur de l'ampoule rectale, ont déjà suivi un long trajet sous la muqueuse. Elles sont formées par des branches collatérales, et surtout par une dizaine de branches primitives, qui semblent naître à 2 centimètres du pourtour de l'anus au niveau des valvules de Morgagni, et qui montent flexueuses et parallèles, pendant quelques centimètres, pour se réunir en troncs communs. Chacun de ces rameaux ascendants et parallèles a son origine dans une sorte de petit lac sanguin, dans des *ampoules* ovalaires, dont le volume varie, à l'état normal, de la grosseur d'un grain de blé à celle d'un petit pois. Vous pouvez voir, sur les préparations que je mets sous vos yeux, que ces ampoules forment au pourtour de l'extrémité terminale du rectum une rangée circulaire (1).

Elles sont disposées, le plus souvent, suivant un plan de section horizontale, passant par la partie moyenne des festons fibroïdes de la muqueuse, compris entre les piliers des valvules de Morgagni. Si l'on dissèque avec soin les petites ampoules, on remarque qu'elles se continuent *en haut* avec une branche *ascendante* des veines perforantes, et, *en bas*, avec une autre petite veinule, qui passe à travers le sphincter interne, vers le bord supérieur du sphincter externe, et vient se jeter dans un rameau d'origine des veines *hémorroïdales externes*. Un grand nombre de ces petits canaux de communication entre les veines hémorroïdales internes et externes, passent à travers les fibres musculaires du sphincter externe. Il résulte de cette disposition qu'une contraction des sphincters suffit pour empêcher, en grande partie, la dérivation du sang des veines rectales internes, de se faire dans les veines externes. L'arrêt de cette circulation dérivative sera encore bien plus complet, s'il s'agit d'une contracture des muscles annulaires de l'anus.

Les veines hémorroïdales externes se composent, de chaque côté, de deux troncs principaux, l'un remonte oblique-

(1) L'existence de ces ampoules a déjà été signalée par MM. Verneuil, Lushka, Dubrueil, etc.

ment dans la fosse ischio-rectale (veine hémorroïdale moyenne); l'autre rampe sous la peau de l'anus horizontalement, et va se jeter dans la honteuse interne (veine hémorroïdale inférieure.)

Le premier est formé de deux branches veineuses, l'une antérieure, l'autre postérieure, qui, en s'anastomosant avec des branches semblables du côté opposé, entourent le sphincter d'un véritable cercle veineux. De ce cercle naissent des rameaux collatéraux, qui, par leurs divisions successives et leurs anastomoses, constituent bientôt un véritable plexus veineux.

Le second a une disposition plexiforme à son origine, mais ses rameaux sont situés entre la peau et le bord inférieur du sphincter externe. L'ampoule rectale n'est donc pas vascularisée par les veines hémorroïdales externes, mais, seulement, la région des sphincters. Il existe, en résumé, dans la région recto-anale trois systèmes veineux distincts : 1° Le système *rectal* dont les rameaux d'origine se trouvent sous la muqueuse, au niveau des valvules de Morgagni ; 2° le système *péri-sphinctérien* ; 3° le système *sous-sphinctérien* ou *sous-cutané*. Les deux derniers appartiennent à l'*anus* ; ils ne communiquent avec le premier que par les canaux de dérivation qui traversent les sphincters.

Pour établir, par une sorte de synthèse anatomique, la disposition des veines sur les limites de l'anus et du rectum, il suffit de faire, après injection, la préparation suivante. Tracez une incision circulaire autour de l'anus à 3 ou 4 centimètres de distance ; puis, disséquez la peau, remontez de 3 à 6 centimètres sur la face externe du rectum, et pratiquez-en l'extirpation à peu près à cette hauteur. Vous aurez ainsi obtenu une sorte de manchon cutané et muqueux que vous pourrez étendre et fixer sur une plaque de liège.

Il sera facile de reconnaître ainsi, dans cette région, trois zones bien distinctes : 1° la zone cutanée ; 2° la zone fibroïde ; 3° la zone muqueuse.

La *première* est la peau de la marge de l'anus. Celle-ci doit être subdivisée en trois zonules secondaires : la plus externe est formée d'une peau chagrinée, résistante, pourvue de poils et de glandes sébacées : là commencent les plis radiés ; ils se continuent dans la zonule moyenne, constituée par une peau, fine, vasculaire, à aspect muqueux, dépourvue de poils et de glandes ; enfin, la zonule interne qui correspond aux valvules et aux piliers de Morgagni. Des dépressions en nids de pigeons de la peau très-irrégulières, dentelées offrant par en haut de petits godets où peuvent entrer les corps étrangers, tel est l'aspect des valvules ; des prolongements, qui,

semblables aux tractus d'une cicatrice, vont prendre insertion sur la muqueuse, forment ce qu'on désigne sous le nom de piliers.

La *zone moyenne* n'est à proprement parler, ni muqueuse, ni cutanée : elle est constituée d'un tissu conjonctif fibreux et vasculaire, ne contenant pas de glandes, revêtu d'un épithélium pavimenteux stratifié. Quoique lisse et humide comme une muqueuse, elle paraît beaucoup plus fine, et souvent revêt un aspect parcheminé. Elle a une hauteur de 6 à 8 millimètres, et comprend deux parties : l'une supérieure se continue avec la muqueuse proprement dite et en prend peu à peu les caractères ; l'autre inférieure forme ces festons fibreux, qui pénètrent dans les dépressions des valvules de Morgagni. La zone moyenne répond, chez l'adulte, au diaphragme membraneux, qui, chez l'embryon, sépare la dépression anale du cul-de-sac rectal et dont la résorption établit la communication entre les deux parties. Elle n'est, pour ainsi dire, que la trace cicatricielle de cette réunion.

La *troisième zone* est la muqueuse rectale proprement dite. Nous n'avons pas à y insister : indiquons seulement que jusqu'à une hauteur de huit centimètres de l'anus, rampent sous elles les gros troncs veineux qui vont perforer la tunique musculaire.

Le muscle *sphincter externe* de l'anus, pour sa face interne correspond en hauteur aux deux premières zones : la zone cutanée et la zone fibroïde.

Les veines présentent l'aspect suivant : 1° sous la zone muqueuse se voient les gros troncs veineux ; mais dans la partie inférieure ce sont des veines flexueuses et parallèles ; 2° la zone fibroïde est parsemée des petites *ampoules* veineuses que nous avons décrites plus haut, et qui contribuent à lui donner l'aspect le plus irrégulier. Elles existent chez les plus jeunes enfants où elles n'ont quelquefois que la grosseur d'une tête d'épingle. En soulevant et en disséquant ces petites ampoules, on trouve, partant de leur extrémité inférieure, un petit canal veineux qui pénètre obliquement entre deux faisceaux du sphincter externe ou qui monte sur son bord supérieur. Rarement, chez les sujets dont le développement vasculaire était normal, nous avons trouvé des anastomoses qui passent sous le bord inférieur du sphincter.

En retournant la préparation que nous étudions et en la fixant sur le liège du côté opposé, on peut alors suivre facilement la disposition des veines hémorroïdales externes : les *moyennes* forment un lacis veineux sur la face externe du sphincter, que nous avons déjà décrit ; les *inférieures* rampent entre la peau et le bord inférieur du sphincter ; un cer-

tain nombre de rameaux nés de la zonule des valvules et de la zonule cutanée mince contourment le bord inférieur du sphincter pour se jeter dans les troncs principaux. Il y a donc des veinules intra-sphinctériennes, qui appartiennent au système veineux sous-cutané, aux veines hémorroïdales externes. Leurs rameaux d'origine sont exclusivement cutanés ; ils ne pourraient atteindre les rameaux veineux de la muqueuse, à travers les piliers et les valvules de Morgagni. Mais ces veinules, avant de contourner le bord inférieur du sphincter, présentent parfois quelques rares anastomoses, sur la face interne de ce muscle, avec les canaux de dérivation des ampoules.

Cette étude démontre qu'il existe deux circulations veineuses indépendantes : l'une est rectale, l'autre anale ; elles communiquent entre elles, surtout au niveau du bord supérieur du sphincter externe ou à travers les fibres de celui-ci. La raison de cette disposition nous est fournie facilement par la connaissance du développement de l'anوس et du rectum. Le cul-de-sac rectal est d'abord situé à une certaine distance du plancher périnéal. Il descend peu à peu, mais ses veines qui sont les hémorroïdales internes l'accompagnent. La dépression anale est aussi pourvue d'un système veineux indépendant. Lorsque l'anوس et le rectum ne forment plus qu'un seul canal les deux systèmes veineux peuvent s'unir aussi : et c'est pour cela que leurs anastomoses, les ampoules et les canaux de dérivation, se rencontrent exclusivement au niveau de la zone fibroïde ou zone moyenne ; car nous savons que celle-ci n'est que la cicatrice de leur réunion.

Nous ne pouvons insister ici sur l'appoint considérable qu'apportent ces notions d'anatomie, pour comprendre la pathogénie des hémorroïdes. Nous le ferons dans un autre travail, déjà connu, mais non encore imprimé, dont celui-ci n'est qu'un fragment. Nous nous contenterons des remarques suivantes.

Lorsque par une cause quelconque, ces petites ampoules deviennent turgides, elles titillent la muqueuse rectale, comme les polypes utérins irritent la muqueuse utérine ; elles en déterminent la congestion, la vascularisation par action réflexe : celle-ci, devenant plus vive, provoque à son tour la contracture du sphincter ; il en résulte la fermeture des canaux de dérivation : qu'en même temps, ce qui est la règle, le malade soit sujet à la constipation, le bol fécal durci comprimerait les troncs veineux sous-muqueux, et au moment de la défécation, par l'effort, il y aura une augmentation considérable de la tension dans le système porte, comme l'ont démontré MM. P. Bert et Rosapelly ; les veines hémorroïdales

externes seront distendues par le sang, et leurs canaux de dérivation fermés par la contracture. Une pression sanguine, énorme agira donc sur les origines des veines hémorroïdales et favorisera la dilatation des ampoules et des plexus veineux. Que cette lutte se reproduise souvent, et peu à peu les dilatations deviendront permanentes : des varices rectales seront bientôt constituées, par dilatation des veinules préexistantes, et aussi, comme l'a démontré M. Cornil, pour les varices des membres, par dilatation des vasa-vasorum des veines ; dès qu'un paquet variqueux sera formé, il sera chassé par la défécation ; la contracture persistant, il sera étranglé en masse ; plus tard encore, les tissus subiront des modifications, et on observera des tumeurs caverneuses, comme celle dont je présente le dessin à la Société, et que je dois à l'obligeance de M. Périer.

On comprend dès lors le rôle important que joue la contracture permanente ou intermittente sphincter, dans la production des hémorroïdes. En faisant cesser celle-ci, non-seulement on fait disparaître l'étranglement des paquets hémorroïdaux ; mais encore, on rend perméables les canaux de dérivation. C'est ce qui explique les nombreux et remarquables succès obtenus par M. Verneuil, par la dilatation forcée du sphincter de l'anus.

La guérison complète est certaine, quand il ne s'agit que de simples dilatations veineuses, comme c'est le cas de beaucoup le plus fréquent ; mais, si l'on est en présence de tumeurs érectiles ou caverneuses, avec production de tissus fibreux, ce genre de traitement ne pourra que faire cesser les accidents d'étranglement. Ce n'est pas un mince résultat que de pouvoir faire disparaître, sans opération grave, d'énormes paquets variqueux, qui par l'abondance de l'hémorrhagie épuisent les malades.

II. Les communications des veines hémorroïdales internes avec les veines hémorroïdales externes ne sont pas les seules qu'elles présentent avec le système iliaque. En poussant une injection dans les veines hémorroïdales, nous avons pu facilement faire pénétrer la matière colorée dans les plexus veineux des vésicules spermatiques, et aussi sous les réseaux veineux du bas fond de la vessie. Tout le trigone vésical était coloré en rouge par le vermillon, et ses veines fortement distendues. Rien n'avait pénétré ni dans l'urèthre, au-delà du verumontanum, ni dans le corps de la vessie. Les plexus de Santorini avaient été eux-mêmes en partie remplis d'une injection solide. Comment s'établissent ces communications ? Par de petites veinules de $\frac{1}{2}$ à 1 millimètre. On voit sur la face antérieure du rectum monter un ou

deux troncs veineux assez importants : ils fournissent près de leur terminaison deux ou trois petites veinules qui au-dessous de l'aponévrose prostatopéritonéale, perforent la gaine des vésicules séminales et se jettent dans leurs plexus veineux. On peut aussi, en disséquant la face antérieure du rectum, comme dans le procédé de taille prérectale de Nélaton, voir quelques veinules, qui vont gagner les côtés de la prostate et les plexus veineux de Santorini. Chez l'embryon, le bas-fond de la vessie, la prostate et les vésicules séminales font partie d'un même cloaque ; il n'est donc pas surprenant que les systèmes veineux spéciaux à chacun de ces organes aient entre eux quelques rapports. On s'explique ainsi la fréquence des varices du col de la vessie chez les hémorroïdaires.

III. Lorsqu'on injecte les veines mésentériques, on voit constamment, non-seulement le mésentère et le péritoine viscéral, mais le péritoine du petit bassin, le péritoine qui passe en avant du rein, et parfois la capsule rénale elle-même, le péritoine qui recouvre le cordon spermatique, fortement colorés. Il s'y dessine des veinules, et des plexus extrêmement riches. Quelquefois même la matière colorante pénètre dans les veines capsulaires, dans les veines rénales et dans les veines spermatiques.

Il y a donc là encore des communications entre le système porte et le système cave inférieur.

Ce sont sans doute ces petits vaisseaux qui, dans le rapport de M. Robin, à l'Académie, à propos du travail de M. Sappey, sur les veines portes accessoires péri-hépatiques, ont été décrits sous le nom de veines du système de Retzius.

IV. Il est une autre relation du système porte avec le système veineux général qui présente un grand intérêt au point de vue pathologique. Nous voulons parler des rapports des veines œsophagiennes avec les deux ordres de vaisseaux. Tout dernièrement un de nos collègues, M. Dussaussey, a étudié cette question sur une pièce que je lui avais injectée. Il est arrivé à des conclusions qui ne m'ont pas paru du tout évidentes, sur sa préparation, et qui, d'après d'autres injections que j'ai faites, cette fois, pour mon compte particulier, me paraissent erronées. M. Dussaussey, en effet, d'après la description qu'il donne (dans sa thèse : Sur les varices de l'œsophage) (1877), semble admettre que les veines de ce conduit, dans les deux tiers de la hauteur vont exclusivement se rendre dans les veines coronaires. Il n'en est rien. A l'œsophage, la disposition du système veineux porte est fort semblable à celle des veines hémorroïdales pour le rectum. A part quelques ramuscules insignifiants, toutes les branches œsophagiennes de

la coronaire stomachique perforent le conduit musculéux au voisinage du cardia, et, le plus souvent, *au-dessus* de lui.

Elles sont formées par des veinules qui ne parcourent pas un trajet de plus de 2 à 3 centimètres au-dessus de cet orifice. Mais, comme au rectum, ces veinules sont sous la muqueuse.

Elles rapportent le sang d'un très-riche plexus veineux à mailles allongées verticalement qui, situé immédiatement sous la muqueuse, se continue *sans aucune démarcation*, avec un plexus aussi riche, également sous-muqueux, qui donne naissance à des branches qui traversent la tunique musculaire pour aller se jeter dans les veines bronchiques, azygos et diaphragmatiques.

Notre description ne diffère en aucun point de celle qui est donnée par M. le professeur Sappey dans son ouvrage d'anatomie. Nous insistons seulement, peut-être un peu plus que lui, sur la continuité du plexus veineux sous-muqueux dans toute la hauteur du conduit œsophagien. Il existe enfin un plexus veineux externe péri-œsophagien, qui se communique par des canaux de dérivation traversant les couches musculaires, avec les veines portes sous-muqueuses, et qui se rend dans les veines diaphragmatiques. Cette disposition anatomique suffit pour expliquer facilement la production des varices œsophagiennes dans la cirrhose, pourvu qu'on s'aide un peu des lumières de la physiologie. D'après MM. Rosapelly et P. Bert, c'est surtout dans l'*inspiration* que la tension est considérable dans le système porte ; de 7 m.m., elle monte à 14 et même à 18 millimètres. Or, dans l'inspiration, le diaphragme s'abaisse, il y a appel du sang veineux dans la cavité thoracique : le sang veineux porte, dont les voies d'écoulement à travers le foie sont gênées par la lésion pathologique, trouve une issue facile dans les veines œsophagiennes qui, situées dans le thorax, sont dilatées par l'agrandissement de cette cavité ; il s'y précipite avec d'autant plus de force, que là, il y a appel d'une part et que de l'autre, tout le reste du système est turgide.

Il en résulte une distension du réseau veineux sous-muqueux de l'œsophage ; les voies d'écoulement de ce plexus sont alors les veines bronchiques, les branches de l'azygos, et les diaphragmatiques ; elles sont bien insuffisantes, pour la quantité de sang qui, en un instant donné, fait irruption dans le vaste plexus sous-muqueux.

La dilatation de celui-ci devient considérable et augmente à chaque inspiration. Dans l'expiration, le retour du sang ne peut pas se faire dans le tronc veineux du système porte, puisque celui-ci éprouve toujours une grande difficulté à se vider par les capillaires hépatiques.

Ces distensions périodiques des veines œsophagiennes à chaque inspiration, produisent, en fin de compte, des dilatations permanentes, des varices sous-muqueuses. Il y a tendance à élargir de plus en plus ce diverticulum du système porte. Il peut y avoir rupture des varices, et hématomés foudroyants, d'après les observations de MM. Gubler, Hanot, Chautemps, Audibert, Millard et Dussaussey.

Ces dilatations variqueuses sont augmentées par les phénomènes de l'effort, et elles doivent surtout se produire dans le cas où les puissances musculaires des parois thoraco-abdominales sont en jeu. C'est ce qui résulte manifestement d'une observation de M. Hanot qui dit à propos de son malade : « Il fut obligé pendant son travail de faire un effort violent ; aussitôt, il rendit par la bouche une grande quantité de sang noirâtre. »

Comme nous croyons l'avoir démontré, dans notre mémoire sur la pathogénie des hémorroïdes, c'est de la même manière que ces phénomènes agissent dans la production des varices du rectum et de l'anus.

18. Lymphadénome du testicule. — Rapport sur la candidature de M. Letulle, interne des hôpitaux au titre de membre adjoint ; par M. MALASSEZ.

Parmi les nombreuses et intéressantes communications que nous a faites M. Letulle, il en est une qui me paraît mériter plus spécialement votre attention. Il s'agit d'un cas de cancer primitif du testicule gauche opéré par M. Trélat au mois de février 1876 et que je reconnus être un lymphadénome type, à réticulum fin, à petites cellules (1).

Au bout de quelques semaines (fin mars), la cicatrisation de la plaie de l'opération était complète mais la tumeur s'était déjà généralisée.

Le malade sortit de l'hôpital ; les tumeurs secondaires augmentèrent peu à peu ; de la cachexie apparut. Il revint à l'hôpital au milieu d'août et mourut à la fin de septembre, sept mois après l'opération, épuisé, ne mangeant plus, vomissant chaque jour, souffrant des tumeurs cutanées, qui sont devenues d'énormes masses violacées, exulcérées.

La numération des globules faite quelques jours avant la mort (27 septembre) donne 3.200.000 globules rouges, 7.500 globules blancs par millimètre cube ; soit 1 globule blanc pour 426 globules rouges. Donc pas de leucémie.

(1) Voyez : *Bulletin Société anatomique*, 1876, p. 149 et *Société de chirurgie* (février 1877) Discussion sur le *lymphadénome malin*.

AUTOPSIE. La *cicatrice* de castration n'offre qu'une induration diffuse, avec tuméfaction des ganglions du voisinage. Examiné au microscope, ce tissu de cicatrice est envahi par une production de tissu lymphatique constituée par un réticulum fin dans les mailles duquel se trouvent des cellules rondes semblables à des cellules lymphatiques. On trouve aussi des cellules plates sur les travées du réticulum. Tous les éléments du cordon sont dissociés. Les faisceaux conjonctifs réduits, tendent à disparaître. On retrouve au milieu du tissu lymphatique des faisceaux de fibres musculaires lisses, des vaisseaux et des nerfs.

Le *testicule droit*, volumineux, dur, n'offre plus trace du parenchyme testiculaire. Il existe simplement un tissu lymphatique différent du précédent en ce que le réticulum est formé de travées plus épaisses et plus rapprochées les unes des autres. Par des transitions insensibles on arrive à des portions uniquement constituées par du tissu fibreux infiltré de cellules lymphatiques.

Le tissu morbide ne suit pas le canal déférent, qui paraît sain, mais le tronc vasculo-nerveux et atteint ainsi les ganglions inguinaux et iliaques envahis.

Ganglions lymphatiques. Les ganglions inguinaux iliaques et lombaires mésentériques sont envahis. Ils présentent des degrés divers d'hypertrophie. Cette hypertrophie porte principalement sur la portion folliculeuse des ganglions. De plus, il existe des travées fibreuses qui sont d'autant plus volumineuses que les ganglions sont plus gros. La portion folliculeuse s'hypertrophie suivant le type ordinaire. Dans les portions cavernueuses on trouve, outre les globules blancs, des globules rouges en assez forte proportion : (ce qui causait probablement la teinte rougeâtre qu'offrait un grand nombre de ces ganglions). — Enfin, par places, on voit des cellules volumineuses altérées et dont on ne peut spécifier la nature.

Intestin. Sur l'intestin grêle, il existe un certain nombre de petites ulcérations arrondies, déchiquetées, taillées à pic, assez superficielles et un assez grand nombre de toutes petites saillies. L'examen de ces lésions révèle à leur niveau une infiltration de globules blancs mais pas de réticulum net.

Foie. Les parois de la vésicule biliaire sont très-épaisses. On y trouve une grande quantité de cellules lymphatiques mais pas de réticulum.

Les tumeurs de la peau sont constituées par un tissu lymphatique à réticulum fin, au milieu duquel on retrouve les vaisseaux, nerfs et tissu conjonctif préexistants.

Os. Les os du crâne présentaient, en même temps qu'un aspect blanchâtre remarquable, une épaisseur considérable.

Le tissu osseux en est friable. Le diploé n'existe plus. Au microscope la substance osseuse est plus abondante tandis que les espaces médullaires sont très-étroits. Ce tissu est remarquable par la faible quantité de canaux de Havers. Sur certains points, on voit nettement des systèmes de Havers sans canal central.

Les *vertèbres* et le *sternum* présentent, au niveau du tissu spongieux, un aspect noirâtre remarquable; le tissu osseux est très-friable. De même, pour le tissu médullaire de l'humérus.

On trouve une infiltration de cellules rondes, mais on n'a pas pu apercevoir nettement de réticulum, il a été impossible de déterminer la cause de cette teinte noirâtre si prononcée des os que nous avons examinés.

Je ne crois pas qu'il existe de cas semblables dans la littérature médicale. ces tumeurs sont en effet très-rares; peut-être ont-elles été méconnues et prises pour des sarcomes à petites cellules, l'erreur est facile si on n'a pas le soin de chasser les cellules par le pinceau, cellules qui masquent le réticulum. Quant à moi, c'est le troisième cas qu'il m'a été donné d'observer : pour l'un d'eux je n'ai eu aucun renseignement clinique; pour l'autre, opéré par M. Péan, j'ai su qu'il s'était développé, peu de temps après l'opération, des tumeurs secondaires, dans l'abdomen et que le malade n'avait pas tardé à succomber.

Ces tumeurs paraissent donc d'une très-grande malignité et se rapprocher de tumeurs semblables qu'on observe dans les ganglions lymphatiques.

Nous avons cru intéressant de rapporter la fin de cette observation suivie en détails pendant de longs mois, ainsi que les résultats de l'autopsie. L'examen histologique a confirmé le diagnostic porté après l'opération et a montré la généralisation du tissu morbide dans tous les tissus de l'économie.

19. Rapport sur la candidature de M. H. de Boyer, au titre de membre adjoint de la Société Anatomique; par M. LONGDET.

Depuis le mois de novembre 1874, la Société a bien voulu examiner plusieurs pièces présentées par le candidat. Alors qu'il était interne provisoire, M. de Boyer vous soumettait un cas d'*adénopathie bronchique cancéreuse* intéressant à plusieurs points de vue.

Un homme de 25 ans, opéré à l'étranger pour une tumeur testiculaire ulcérée, survenue après une arthrite blennorrhagique, entraît deux ans après chez M. Moissenet avec des accidents de compression du côté des organes intrathoraciques:

tout dans la marche de la cachexie, dans l'état des poumons semblait indiquer une adénie bronchique tuberculeuse; à l'autopsie on trouve une généralisation cancéreuse ayant procédé de bas en haut en intéressant successivement les ganglions lombaires, ceux du médiastin, des régions sus-claviculaires; le poumon était parsemé de nodules cancéreux, le foie en était criblé; enfin du côté droit le rein et la capsule surrénale avaient participé à l'altération qui envahissait également les corps vertébraux.

Cette observation est surtout remarquable par la précision avec laquelle les divers symptômes de compression observés pendant la vie avaient été expliqués par une dissection minutieuse des groupes ganglionnaires; cette démonstration s'accompagnait de dessins conservés dans l'album de la Société: Un point de pratique semble aussi ressortir de cette longue observation, c'est que la présence de ganglions dans la région sus-claviculaire peut, dans des cas douteux, être un signe de présomption pour diagnostiquer le cancer du poumon et du médiastin, plutôt que la tuberculose: ce qui est à l'appui des faits de Grisolle et de Walshe.

Pendant son internat aux Enfants, M. de Boyer eut l'occasion de présenter à la Société quelques pièces relatives aux lésions de l'*endocarde* dans le cours de la *diphthérie*; elles ne furent pas toutes suffisamment démonstratives pour entraîner la conviction; dans plusieurs observations cependant l'auteur put noter la coexistence de souffles et d'épaississements congestifs de la mitrale et même de la tricuspide; dans plusieurs cas des apoplexies pulmonaires, soit sous la forme d'infarctus volumineux, soit sous celle de foyers miliaires, semblaient plaider aussi en faveur des coagulations intra-cardiaques pendant la vie et venir ainsi à l'appui des travaux de *Labadie-Lagrave* et *R. Beverley*.

Signalons à la même époque un *cas de néphrite parenchymateuse*, une *myocardite* succédant à la *fièvre typhoïde*, et une fort intéressante *note comparative sur deux cas de chorée cardiaque*: ce travail était destiné à opposer deux observations dans l'une desquelles la chorée avait amené secondairement la mort par *asystolie*, tandis que dans la seconde le myocarde et le péricarde atteints avaient causé la *syncope* terminale.

Les deux enfants dont il s'agissait n'avaient eu aucune affection rhumatismale ou exanthématique capable d'engendrer une lésion cardiaque, seule la chorée était en cause.

La première malade, âgée de 11 ans, mourait avec un cœur énorme (800 gr.), altéré dans presque tous ses orifices; les poumons, le foie, les reins étaient le siège de lésions congestives; son attaque de chorée datait de 3 ans, n'avait duré que

6 semaines, et l'endocardite avait été diagnostiquée dans le cours de cette affection.

La seconde malade, au cours d'une deuxième attaque de chorée, fut prise d'accidents cardiaques et mourut quatre mois après, par le mécanisme de la syncope, sans avoir jamais présenté de troubles asystoliques. A l'autopsie on trouvait un cœur altéré dans sa fibre et dans sa séreuse péricardique, et des lésions aortiques.

Mais ces deux observations ne sont pas seulement intéressantes comme opposition et comme pièces à l'appui du mémoire de M. Roger (Arch. méd. 1862) : dans le second cas on avait noté des troubles de l'intelligence et le début à forme paraplégique de la chorée. L'examen des centres nerveux, fait avec un soin minutieux, démontra la présence d'une méningo-encéphalite frontale déjà ancienne et d'altérations médullaires consistant principalement en une asymétrie marquée de la moelle, une méningite cervicale récente, une augmentation de volume de la corne grise à droite, sans lésions cellulaires accompagnées de lacunes, de points ramollis à droite dans la substance de Rolando.

Des lésions analogues ont été signalées dans le cerveau et dans la moelle. Monod, Roeser, Lélut, Hutuy ont signalé celles de la substance corticale et des méninges, dans le cas de Blache on trouva une méningite purulente : Rokitansky, Lackast, Demme, ont noté des lésions médullaires diverses, enfin Marcé dans le tome xi des *mémoires de l'Académie de médecine* 1861 a fait l'étude de l'état mental des choréiques. On avait aussi recherché avec soin s'il n'y avait pas quelque lésion des masses ganglionnaires ou des pédoncules. MM. Magnan, Gray, Meynert, Serre et Lépine d'après M. Charcot, ont en effet signalé dans la chorée des lésions variables de ces divers points d'encéphale.

Depuis cette note, nous signalerons quelques communications toutes récentes du candidat ; une *singulière lésion intestinale*, latente, trouvée sur un vieillard de Bicêtre, formant des tumeurs pisiformes, sanguines, situées sur le trajet des artères sous la muqueuse même de l'intestin et consistant en enrroulements vasculaires, en pelotons comparables comme aspect aux glomérules de Malpighi et semblables aux tumeurs cirsoïdes des téguments.

Citons encore un beau cas de *lipome arborescent du genou* (pièce déposée au Musée) et deux observations d'*hémorrhagie cérébrale* ayant produit de vastes lésions des méninges des parois ventriculaires, et de grands épanchements extra-cérébraux sans s'accompagner de convulsions cloniques, mais

seulement de contractures tétaniques et d'une élévation considérable de la température.

Les observations de M. de Boyer sont toutes intéressantes par elles-mêmes et aussi par la précision des détails qu'elles renferment, aussi croyons-nous pouvoir vous proposer, messieurs, d'agréer sa candidature au titre de membre adjoint.

20. Rapport sur la candidature de M. Dave au titre de membre adjoint de la Société; par M. P. OULMONT.

Dans une des dernières séances, M. Dave a présenté à la Société anatomique des pièces extrêmement curieuses, provenant d'une malade morte d'inanition dans le service de M. le Dr Raynaud.

On trouvait l'estomac et toutes les parties sous-jacentes du tube digestif parfaitement sains, tandis que l'œsophage présentait une dilatation énorme, au niveau de laquelle la muqueuse était parsemée d'ulcérations. Malgré la rareté du fait, le présentateur crut pouvoir conclure à l'existence, pendant la vie, d'un rétrécissement spasmodique de l'œsophage. Ce qui est certain, c'est qu'après la mort il y avait passage très-facile d'un liquide injecté dans le tube digestif pendant les dernières minutes de la vie, de l'estomac dans l'œsophage et réciproquement. D'ailleurs le cardia admettait parfaitement l'extrémité du doigt. Les communications semblent avoir été plus difficiles pendant la vie, et une fois au moins la sonde œsophagienne ne put pénétrer dans l'estomac.

Au niveau du cardia, les parois œsophagiennes étaient parfaitement saines, à l'œil nu du moins, et nous doutons fort que le microscope eût pu décèler l'existence d'un rétrécissement organique disparu depuis la mort. Il reste donc deux hypothèses : la paralysie de l'œsophage, ou la contracture de sa partie inférieure. L'intermittence des accidents, le rejet brusque des aliments (Brinton), enfin l'intégrité parfaite des fibres musculaires, constatée depuis par un examen histologique, semble devoir faire rejeter l'existence de la paralysie. Quant aux ulcérations, le même examen a montré qu'elles étaient des ulcérations simples, dues probablement à la présence plus ou moins longue des aliments qui ne pouvaient franchir le cardia.

On pourrait encore faire cette hypothèse : que les ulcérations, résultant d'une œsophagite ancienne, ont déterminé une contracture réflexe. — Mais c'est là une simple hypothèse. Quoique extrêmement rares, les faits d'œsophagisme terminés par la mort existent cependant. En dehors des cas d'hydrophobie, on en a un cas au moins, relaté par Pomer dans

The Lancet (1866). Il s'agit d'un homme à l'autopsie duquel on trouva l'œsophage parfaitement intact.

Les cas non mortels sont plus communs ; il s'en trouve entre autres deux beaux dans la thèse de M. Seney (1873) sur l'œsophagisme chronique. — Dans l'un il y avait évidemment dilatation. Dans un cas de Brinton (1866, *The Lancet*), il semble y avoir eu plutôt paralysie ; l'autopsie, comme dans le cas qui nous occupe, montra une dilatation énorme de l'œsophage.

Quoi qu'il en soit, le fait présenté par M. Dave nous a paru digne d'attirer votre attention. D'ailleurs, le candidat a d'autres titres à votre bienveillance. Il a présenté à la Société un grand nombre de pièces intéressantes, entre autres :

Un cancer de l'intestin généralisé au péritoine ;

Des noyaux fibreux du myocarde, reste d'ancienne myocardiite, avec affection mitrale et apoplexie pulmonaire.

Un sarcome volumineux du maxillaire inférieur.

Un cancer généralisé avec noyaux dans le cœur, etc.

En conséquence, j'ai l'honneur de vous proposer, messieurs, d'admettre M. Dave au titre de membre-adjoint de la Société.

21. Néphrite interstitielle. Petits reins rouges contractés ;
par P. J. BARONOFF, externe des hôpitaux.

Goudy G..., 46 ans, couturière, entrée le 14 février 1877 à Lariboisière (service de M. Jaccoud). D'après les renseignements qui nous ont été donnés par la malade, elle avait des antécédents pathologiques douteux, son récit révélait une diathèse de nature rhumatismale.

À son entrée à l'hôpital, elle nous dit qu'elle était venue déjà dans notre service, pour la même affection en 1875 et qu'elle en était sortie améliorée. Depuis cette époque, elle ne peut exécuter que des ouvrages peu fatigants ; mais dans ces derniers temps la maladie a pris une marche aiguë, qui l'a obligée à suspendre son travail et à entrer à l'hôpital. Le facies dénote un état cachectique très-avancé, il y a un peu d'œdème des membres inférieurs, face pâle, œdème palpébral assez prononcé, abattement et affaiblissement considérables. Elle a eu outre de la dyspnée habituelle, anorexie ; le peu qu'elle mange, elle le rend ; en dehors de toute alimentation, elle a même des vomissements persistants, pas de diarrhée, plutôt de la constipation. Elle a de temps en temps de la dyspnée, avec paroxysme, toux et crachats abondants.

À l'auscultation de la poitrine, on entend des râles humides disséminés dans toute la poitrine en arrière, surtout aux

deux bases. Quant à l'auscultation du cœur, on trouve un souffle manifeste à la pointe : celle-ci est abaissée de deux espaces intercostaux et en même temps elle est portée à gauche ; aucune autre lésion des orifices valvulaires.

L'urine présente les caractères suivants : Dans les premiers jours de son entrée, la quantité de l'urine était de 6 à 700 grammes en 24 heures, très-peu albumineuse, l'urée à son taux normal d'abord, mais plus tard, l'urée était un peu diminuée et la quantité de l'urine n'était que de 300 grammes au moins et de 500 grammes au plus en 24 heures. L'acide urique était aussi un peu diminué, la densité de l'urine n'était que de 1008 à 1012.

Durant cette période la malade, loin de marcher vers l'amélioration, se sentait plus oppressée ; de temps en temps la dyspnée était accrue. — Pas d'hémorrhagie ni par voie nasale, ni par voie utérine, elle n'avait pas non plus d'hématémèse. La rate paraissait grosse, le foie au contraire était d'un volume normal. La rétinite albumineuse était très-peu accentuée, elle était caractérisée surtout par un nuage qui disparaissait quelquefois, ces troubles visuels, d'ailleurs, n'avaient pas une marche continue.

10 *mars*. La face pâle, les pupilles dilatées, le pouls lent, la respiration ralentie et en outre il y avait des vomissements.

12 *mars*. Cinq jours avant sa mort, la diminution de l'urine était plus accentuée, la malade était dans un état de somnolence.

13 *mars*. L'état de la malade était plus grave, la quantité de l'urine était de 300 grammes en 24 heures.

14 *mars*. Urine 250 grammes, densité 1006, légèrement albumineuse. La malade était dans un état comateux, l'excrétion urinaire presque nulle, à peine 200 grammes, l'urée notablement diminuée. La malade est décédée le 15 à 11 heures du matin.

AUTOPSIE. — *Poumons* sains, mais un peu congestionnés : rien dans la plèvre. *Foie* de volume normal, mais assez dur et recouvert de larges plaques blanchâtres formées aux dépens de sa capsule. *Rate* volumineuse, très-friable, molle. *Cœur*, très-volumineux, jaune de cuir, le ventricule gauche très-hypertrophié et peu dilaté, oreillette gauche un peu dilatée aussi. Aorte athéromateuse. Le cœur gauche contient une quantité considérable de caillots cruoriques. *Uterus* parfaitement sain. *Reins* petits tous deux à peu près également, ils pèsent 41 grammes chaque ; ils n'ont que 9 centimètres de longueur et 4 centimètres de largeur ; consistance ferme, coloration rouge, capsule adhérente, la substance corticale atrophiée très-fortement.

L'examen microscopique fait au laboratoire de M. Robin, a montré qu'il y avait des dépôts de dégénérescence amyloïde autour et dans les vaisseaux des glomérules.

22. Ecrasement de la jambe gauche. — Amputation de cuisse.

— **Mort 9 mois après par infection purulente. — Pas d'atrophie des circonvolutions cérébrales ;** par M. BRUN, interne des hôpitaux.

Leroy Louis, âgé de 34 ans, journalier, entre le 5 juin 1876, (service de M. Desprès), salle Cochin, lit n° 6. Un sac de farine tombant sur sa jambe gauche l'a écrasée en produisant des désordres tels que l'amputation est jugée nécessaire. Elle est pratiquée le jour même au tiers inférieur de la cuisse. Une ostéomyélite ayant entravé la guérison, le malade se trouve encore à l'hôpital au moment où nous prenons le service, le 1^{er} janvier 1877. Il ne reste plus sur le sommet du moignon qu'une plaie de la largeur d'une pièce de 2 francs environ qui le 20 janvier et le 12 février est touchée avec de l'amadou caustique.

Le 28 février, sans cause appréciable, frisson très-violent qui se reproduit le lendemain avec la même intensité. En même temps le malade se plaint de point de côté à droite et de dyspnée. A la base du poumon droit on trouva un peu de matité et un souffle doux en un point très-limité.

3 mars. L'hypochondre droit est très-douloureux surtout à la percussion, les conjonctives prennent une teinte jaunâtre.

4 mars. L'ictère se prononce de plus en plus. Tous les soirs petits frissons accompagnés de sueurs. Subdélirium. **Mort le 12 mars.**

AUTOPSIE. — Des abcès métastatiques multiples dans le foie, la rate et le poumon confirment le diagnostic d'infection purulente tardive porté pendant la vie. **Encéphale.** Les hémisphères cérébraux ne présentent pas trace d'atrophie des circonvolutions. Le lobe paracentral, les circonvolutions frontale et pariétale ascendantes sont très-développées du côté droit comme du côté gauche. L'amputation, il est vrai, ne datait que de 9 mois 1/2.

23. Epithélioma volumineux du cuir chevelu chez un jeune homme ; par M. Louis SAINT-ANGE, interne des hôpitaux.

Le nommé Queste Gustave, 24 ans, charcutier, entre le 9 mars 1877, salle Saint-Gabriel, n° 3. (Service de M. Léon LABBÉ) à la Pitié.

Ce malade nous raconte que depuis l'âge de 13 ans, il a porté dans la région pariétale du côté droit en arrière et près de la ligne médiane, une petite tumeur du volume d'un gros pois, indolente et de consistance assez ferme. — Cette tumeur, au commencement de l'année 1874, se mit à grossir tout à coup, sans cause appréciable : incommodé de cette difformité le malade alla au mois de juin consulter un médecin, qui fit au niveau de la tumeur une application de pâte de Vienne et complétant l'opération à l'aide du bistouri, enleva (dit le malade) une masse dure d'aspect charnu. — A la suite de cette extirpation, la petite plaie resta longtemps en voie de cicatrisation.

Le malade entra au service le 1^{er} janvier 1875 ; là des cautérisations au nitrate d'argent activèrent la cicatrisation qui finit par être complète.

Au mois d'avril 1875, le malade changea de garnison et fut soumis à des marches prolongées. A la suite, dit-il, des frottements répétés du sac contre la cicatrice, celle-ci fut détruite ; la plaie se rouvrit. — En dépit de cautérisations au nitrate d'argent et de greffes épidermiques, la plaie cette fois ne se ferma pas et une nouvelle tumeur se développa au contraire à son niveau.

Au mois de mars 1876, une seconde tumeur se forma à côté de la première, dans la région occipito-pariétale droite et acquit bientôt un volume plus considérable qu'elle. L'ablation fut pratiquée à l'aide du bistouri ; mais la cicatrisation ne put encore être obtenue, et la tumeur se reproduisit.

Vers la fin de 1876, quelques hémorrhagies se produisirent. Le malade toutefois n'avait pas de douleurs. L'état général se maintenait toujours à un degré satisfaisant. L'affection suivant constamment une marche progressive, le malade fut libéré le 6 février 1877.

Un mois après, il se décide à entrer à l'hôpital et à réclamer une nouvelle opération. Nous le trouvons dans l'état suivant :

Dans la région occipito-pariétale droite, il existe une tumeur du volume du poing, qui se continue au-delà de la ligne médiane avec une tumeur d'un aspect semblable, du volume d'un œuf de poule. — Ces tumeurs sont dures, elles sont ulcérées dans toute leur étendue et la surface est accidentée, végétante et un peu friable. — Elles saignent facilement au moindre contact, à chaque renouvellement de pansement, l'hémorrhagie qui se produit alors, est assez abondante, mais s'arrête facilement à l'aide d'une compression un peu forte. — Aux limites de la tumeur qui est bien circonscrite, la peau est saine et l'os sous-jacent ne paraît avoir subi aucune alté-

ration. — Dans la région sous-occipitale, il existe deux ganglions tuméfiés et de consistance dure.

L'aspect général du malade est d'ailleurs satisfaisant. La face est pâle, ce qu'expliquent suffisamment les hémorrhagies répétées des derniers temps, mais sans teinte spéciale. — Les forces ne sont pas altérées; l'appétit est conservé. — Le malade n'accuse pas la moindre douleur, soit spontanée, soit provoquée par les pansements.

Le 20 mars, M. Marchand pratique l'ablation de la tumeur. — Incision de la peau à quelques millimètres de cette dernière, à l'aide du thermo-cautère Paquelin. On ne peut éviter une hémorrhagie assez considérable, mais moindre assurément que celle à laquelle on devait s'attendre par l'incision au bistouri; on place une ligature (à l'aide d'une suture) sur l'occipitale droite et sur deux artérioles moins importantes. — Dans un deuxième temps, on détache la tumeur des parties profondes à l'aide du bistouri et de la rugine. — L'os est sain.

La large dénudation de l'os ainsi produite dans une étendue de 12-15 centimètres, a permis d'observer les phénomènes curieux de la vascularisation et du bourgeonnement qui préparent, dans le cas de dénudations osseuses, la formation du tissu fibreux cicatriciel. Aujourd'hui (6 avril), sans autre pansement que l'application de charpie et de compresses phéni- quées, ce processus est en bonne voie et permet de prévoir une guérison prochaine. — La tumeur enlevée a été examinée au Collège de France, par M. Malassez, et le diagnostic d'épithélioma s'est trouvé confirmé.

M. TAPRET présente les poumons d'un enfant de 3 mois, mort de phthisie aiguë.

M. RIBEMONT présente un utérus bicorne.

24. Cerveau d'un homme amputé de la jambe depuis trente ans; par FÉRÉ et MAYON.

L..., âgé de 37 ans, cordonnier, entre le 12 mars 1877 dans le service de M. Berdutz.

Ce malade n'a pas d'autres antécédents de famille que ce fait: son frère est mort de la poitrine à l'âge de 15 ans. — Lui-même présente quelques signes de scrofule dans son enfance (adénites sous-maxillaires terminés par suppuration). A l'âge de 8 ans, on lui ampute la jambe droite au tiers supérieur pour une affection qu'il ne caractérise pas bien, mais qui a succédé à une blessure du pied produite par des chaussures mal faites.

Depuis cette époque il s'est toujours bien porté. — Il y a

quatre mois seulement, il commença à tousser. De plus, actuellement, il semble avoir la figure un peu bouffie, et cependant aucun autre symptôme ne peut faire soupçonner chez lui l'albuminurie. L'examen des divers appareils démontre les faits suivants : Le cœur et les organes abdominaux paraissent sains. — Quant aux poumons, le sommet droit offre des signes de cavernes (souffle caverneux, pectoriloquie et gargouillements) tandis que le lobe inférieur ne présente que de la matité avec des râles bulles secs et assez fins. — A gauche, le sommet semble simplement induré (souffle tubaire, bronchophonie, matité) tandis qu'à la base on entend des râles fins, secs et superficiels.

Les urines sont fortement albumineuses.

Les membres sont mesurés par comparaison à droite et à gauche. — On se convainc que les deux jambes offrent exactement la même longueur (39 centimètres du grand trochanter à la tubérosité externe). — Quant à la circonférence de la cuisse prise à trois travers de doigt au-dessus du bord supérieur de la rotule elle est de 27 centimètres pour le membre droit et de 34 cent. pour le membre gauche. — 19 mars. Le malade meurt subitement sans avoir présenté d'autres symptômes.

AUTOPSIE faite le 20 mars. — Le cœur est sain ainsi que l'aorte. — Le poumon droit présente deux cavernes assez grandes dans son lobe supérieur, et des granulations tuberculeuses nombreuses, groupées irrégulièrement et arrivées à la période de caséification dans tout le lobe inférieur. Le poumon gauche adhère dans toute son étendue à la plèvre pariétale par des adhérences celluleuses mais assez solides. Son lobe supérieur présente une masse grosse comme un œuf de pigeon, constituée par des granulations tuberculeuses jaunes à leur centre. — Cette masse est entourée d'une gangue de tissu conjonctif. — Le lobe inférieur est simplement congestionné.

Le foie est très-peu gras. L'estomac est sain. La rate, très-augmentée de volume et un peu diffluente, ne présente pas par la solution d'iode, la réaction de la matière amyloïde.

Quant aux reins, ils ne sont pas augmentés de volume; leur surface est lisse. Le rein gauche semble sain. Mais le droit est un peu décoloré et à la coupe ses deux substances sont pâles; cependant les vaisseaux sont fort bien dessinés sur la substance corticale. La solution d'iode ne colore aucune de leurs parties en brun foncé. — Au microscope on reconnaît qu'il y a une congestion très-marquée. Les petits vaisseaux aussi bien dans la substance médullaire que dans la corticale sont dilatés, remplis de globules sanguins. — Sur quelques points

il y a un peu de desquamation des cellules épithéliales qui, devenues granuleuses, sont tombées au centre du tube, mais la plupart des tubes contournés ou droits sont sains. Il n'y a pas de cylindres hyalins, pas de néphrite interstitielle. Quant à l'examen de la cavité encéphalique et des rapports de ses parois avec les circonvolutions cérébrales, il a donné les résultats suivants :

Le crâne est bien conformé et symétrique (diamètre longitudinal maximum 171 mm. diamètre transverse maximum 130 mm. diamètre transverse minimum 98 m.). L'ossification des sutures est très-avancée. La suture sagittale n'est presque plus apparente dans son tiers postérieur. — L'angle occipital forme une légère saillie.

On pratique sur la voûte du crâne six trous de 4 mm. de diamètre dans les points suivants : Un de chaque côté à 1 centimètre en dehors du bregma ; un de chaque côté à 1 centimètre en dehors du lambda ; un de chaque côté sur le stephanion (le point d'intersection de la suture coronale et de la ligne courbe temporale se trouve exactement de chaque côté à 55 mm. en dehors du bregma). Des fiches sont introduites par ces trous profondément dans le cerveau.

La calotte osseuse enlevée, on trouve la dure-mère parfaitement intacte. Le cerveau recouvert de cette membrane présente une longueur de 160 mm. On fait sur la dure-mère de chaque côté de la ligne médiane, immédiatement en dehors de la faux du cerveau une incision commençant en avant de l'orifice d'entrée des fiches bregmatiques et se prolongeant environ à 6 centimètres en arrière. De chaque extrémité de cette incision en part une autre de même longueur dirigée transversalement en dehors, ce qui permet de rabattre en dehors de chaque côté un lambeau quadrilatère, qui laisse à nu la partie moyenne des hémisphères, sans que leur forme soit modifiée. Les membranes internes sont ensuite enlevées avec soin. Une fois les circonvolutions mises à nu, on peut reconnaître facilement le sillon de Rolando.

L'extrémité interne de ce sillon est située exactement de chaque côté à 33 mm. de la fiche bregmatique correspondante. A sa partie externe il est à droite à 22 mm. de la fiche stéphanique, à gauche à 20 mm. seulement. Du côté gauche la circonvolution frontale ascendante est un peu plus mince que la droite. Mais la pariétale ascendante est au contraire plus épaisse qu'à droite.

Le cerveau étant complètement mis à nu on peut voir que les fiches introduites au niveau du lambda ont pénétré : celle de droite dans la lèvre postérieure, celle de gauche dans la lèvre antérieure de la scissure perpendiculaire externe, c'est-

à-dire que la dernière est située à peu près à 2 mm. en avant de la première. Cette différence concorde assez bien avec celle qu'on a constatée pour la partie externe du sillon de Rolando. Mais elle est trop peu considérable pour qu'on puisse la regarder comme pathologique; on la rencontre souvent plus marquée sur des sujets sains.

En résumé ce cerveau ne présente qu'une anomalie importante: c'est l'avancement, égal des deux côtés, du sillon de Rolando, lequel devrait se trouver à 47 ou 48 mm. du bregma au lieu de 33.

Il n'y a évidemment aucune asymétrie dans le développement des deux hémisphères et pourtant si les points de repère n'avaient été déterminés avec soin, et si on s'était contenté d'une simple inspection de la surface du cerveau retiré de la cavité crânienne, on aurait pu croire, grâce à la disposition des circonvolutions ascendantes que nous avons, décrites, que la frontale ascendante gauche avait subi une atrophie notable par le fait de l'amputation de la jambe droite.

M. FÉRÉ. Si on avait examiné ce cerveau comme on le fait d'ordinaire, après l'avoir enlevé du crâne, peut-être eût-on trouvé une différence dans la situation relative des deux sillons de Rolando; on en voit une en effet maintenant qu'il est affaissé sur cette table: grâce au procédé que j'emploie, j'ai pu m'assurer d'une manière certaine qu'il n'en existait pas. Si dans des cas semblables on se contente d'indiquer une différence de volume de deux circonvolutions homologues, la lésion peut et doit même rester douteuse, car il n'est point de cerveau normal sur lequel on ne puisse trouver quelque différence de cet ordre et les anomalies de forme des circonvolutions et des sillons sont aussi très-fréquentes. Ce qu'il importe surtout de constater, ce sont des atrophies régionales: ce procédé me paraît propre à les faire apprécier assez rigoureusement. Dans la circonstance actuelle, non-seulement il m'a empêché de croire à une lésion absente, mais il m'en a fait apercevoir une qui eût certainement échappé, l'avancement symétrique des deux sillons de Rolando.

L'asymétrie, dans le cas présent, est si peu marquée qu'on peut la négliger, puisqu'on en rencontre souvent d'aussi prononcées sur des sujets sains; mais le fait n'est pas pour cela négatif, précisément à cause de l'avancement symétrique des deux sillons. Il ne me paraît point en opposition absolue avec les faits connus. Je ne prendrai pour terme de comparaison que le seul cas où l'asymétrie ait été appréciée par ce moyen et est indubitable: il s'agissait d'une femme du service de M. Charcot, qui avait subi à l'âge de cinq ans l'amputation du bras gauche et qui mourut à 42 ans, et chez laquelle j'ai

trouvé le sillon de Rolando avancé de cinq millimètres du côté droit.

Le fait actuel en diffère par deux circonstances : d'abord la suppression n'a porté que sur un segment du membre ; et ensuite c'était sur un membre inférieur. Cette dernière particularité me paraît avoir son importance ; car, lorsque c'est un membre supérieur qui est supprimé, celui qui reste est forcé d'agir pour deux ; si c'est au contraire un membre inférieur, son congénère est réduit à une inaction relative. Or, si on admet que le développement de l'organe est en rapport avec l'exercice de la fonction, il devra en résulter dans les deux cas un arrêt de développement secondaire des régions motrices correspondantes du cerveau, qui devra être d'autant plus manifeste que le sujet était plus jeune au moment de l'amputation, et qui, dans le premier cas, sera unilatérale, tandis qu'elle pourra être bilatérale dans le second.

Le fait actuel se prête assez bien à cette interprétation. L'extrémité interne des deux sillons de Rolando est seulement à 33 millimètres en arrière du bregma. Or, chez l'homme, la distance rolando-bregmatique que j'avais d'abord trouvée de 48 millimètres sur huit sujets, s'est réduite à 47, 3 après l'examen de 30 nouveaux cas ; le chiffre le plus bas que j'ai observé est 38 chez un idiot. Chez la femme, la distance rolando-bregmatique est en moyenne de 45 millimètres, et je ne l'ai trouvée que deux fois inférieure à 33, chez deux épileptiques idiots. Sur quatre enfants depuis la naissance jusqu'à un mois, M. de la Foulhouze a trouvé une moyenne de 33, 25 (th. Paris. 1876. p. 53).

La réduction des distances rolando-bregmatiques est donc très-considérable sur ce sujet. On pourrait admettre, à la rigueur, qu'elle est exagérée par la synostose prématurée de la suture sagittale par un mécanisme analogue à celui qu'on observe dans les cas de suture métopique persistante. Ce ne serait du reste qu'une pure hypothèse ; et le fait d'ailleurs fût-il démontré, qu'il serait insuffisant pour expliquer une différence aussi importante. On est donc en droit d'admettre ici un arrêt de développement qu'il sera intéressant de rechercher dans des cas semblables.

M. PARROT présente : 1° Une *fracture du larynx* chez un nouveau-né. Très-probablement cette fracture est le résultat d'une tentative criminelle de strangulation. L'enfant portait sur le cou des traces d'ecchymoses : il est mort d'asphyxie lente.

A l'autopsie on a constaté l'existence d'une fracture verticale de la partie antérieure du cartilage thyroïde à peu près

sur la ligne médiane ; la muqueuse du larynx était ecchymosée et tuméfiée au point d'obstruer la cavité laryngienne et d'empêcher le passage de l'air.

2° L'estomac d'un enfant de un an, rachitique, sur lequel on trouve une concrétion diphthéroïde, aplatie, de un demi-millimètre à cinq millimètres d'épaisseur, présentant à sa surface des plis longitudinaux. Au-dessous d'elle la muqueuse est légèrement injectée mais ne présente aucune solution de continuité. Les lésions de ce genre sont fréquentes chez les nouveau-nés, mais à un an elles sont rares. La fausse membrane, examinée au microscope, est formée par un lacis fibrineux, dans les mailles duquel sont enfermés des leucocytes, des globules du sang, des débris épithéliaux et des micrococci.

M. CHARCOT rappelle que l'on a cité des exemples de lésions de la muqueuse de l'estomac, déterminées par l'ingestion d'acides concentrés et dans lesquels la membrane muqueuse était détruite dans une grande étendue et remplacée par un exsudat pseudo-membraneux. Un exemple de ce genre a été récemment présenté dans une société savante.

25. Hépatite interstitielle syphilitique. Syphilis tertiaire.

Contracture des jambes, principalement de la droite, périostose de la face interne du tibia droit ; par M. BOUSSAL.

Favre Mélanie, âgée de 53 ans, ménagère, entre à l'hôpital Saint-Antoine, salle Sainte-Adelade, n° 15, service de M. Lancereaux, le 5 février 1877. Elle se plaint de raideur et de douleurs rhumatismales dans les jambes. A 22 ans, cette femme eut aux parties génitales des boutons pour lesquels on lui donna du mercure et de l'iodure de potassium. Ensuite elle eut trois enfants : deux sont morts en bas âge. Le troisième, un garçon, est vivant ; mais fort délicat.

Deux mois avant son entrée, en décembre 1876, la malade éprouva dans les jambes une raideur qui augmenta progressivement. Au bout de quelques temps elle ne put plus marcher ; et, quand elle se décida à entrer à l'hôpital, elle fut forcée de se faire amener en voiture.

A son entrée voici les phénomènes qu'elle présente : le faciès est amaigri. Elle ne peut marcher ; les jambes sont demi-fléchies sur les cuisses, la droite plus que la gauche. Elle ramène difficilement ces membres dans la rectitude. La jambe droite même ne peut l'être complètement par les tractions. Le genou reste toujours saillant. Cette flexion est produite par

la contracture des muscles biceps, demi-tendineux et demi-membraneux qui sont raides et donnent au toucher la sensation d'une corde. Cette raideur des membres inférieurs est accompagnée de fourmillements et d'élançements dans les cuisses et les mollets plus violents la nuit.

La malade se plaint en outre de maux de tête plus intenses aussi pendant la nuit. La sensibilité du tact et de la douleur est conservée. Sur la face interne du tibia droit l'on constate une périostose sise à l'union du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs. Cette lésion met sur la voie du diagnostic en faisant songer à la syphilis. Les autres appareils ne présentent aucun symptôme : pas d'albumine dans les urines. Aucun signe d'alcoolisme. Les contractures font penser à une lésion syphilitique commençante du côté de la moelle. On ordonne 2 gr. d'iodure de potassium et des frictions mercurielles dans l'aisselle et le pli de l'aîne.

19 février. La contracture est moins accentuée que les premiers jours. Les muscles de la région postérieure de la cuisse sont moins tendus.

20 février. Météorisme depuis quelques jours, du reste, la malade a des borborygmes, un léger œdème des membres inférieurs au niveau des malléoles. Les parois abdominales sont légèrement œdématisées. A la percussion le foie est douloureux et petit. Le cœur fait entendre des battements métalliques dont le météorisme abdominal rend bien compte.

26 février. La maigreur se prononce de plus en plus. L'abdomen est distendu par les gaz. Sa surface est lisse, ses veines sont un peu dilatées. La constipation persiste ; absence d'albumine ; œdème très-marqué des membres inférieurs ; contractures presque disparues. Lavement purgatif.

2 mars. Apparition d'ictère peu intense plus visible sur les conjonctives, sur la face et sur l'abdomen. Là il est plus marqué et par plaques. La diarrhée succède à la constipation. Cet ictère, joint à la douleur de l'hypochondre droit fait penser à une lésion hépatique de nature syphilitique.

7 mars. Epistaxis légère. (Elle en a eu plusieurs depuis qu'elle est ici). — 8 mars. L'état cachectique, l'œdème et l'ictère augmentent. L'ascite jusqu'alors inappréciable devient manifeste.

10 mars. Elle s'éteint à 8 heures 1/2 du soir. La mort est causée par la lésion hépatique survenue environ 30 ans après les premiers accidents.

AUTOPSIE le 12 mars. — Œdème des membres inférieurs. Tissu cellulo-adipeux presque disparu. Les pelotons graisseux sont colorés par la bile. Quelques litres de liquide s'échappent de la cavité péritonéale. Le péritoine pariétal est pigmenté en

quelques points. Le viscéral présente aussi quelques taches de pigmentation sur l'intestin et le cœcum.

Estomac dilaté. La muqueuse est le siège d'une pigmentation uniforme considérable. *Intestins*. Les plaques de Peyer sont pigmentées. — *Foie*. Le foie ne débord pas les fausses côtes. De petit volume, du poids de 960 grammes, il se fait remarquer par deux cicatrices transversales, l'une à la partie moyenne du lobe droit, l'autre à celle du lobe gauche. On remarque, en outre, deux cicatrices longitudinales à 0 m, 04 du ligament suspenseur. Elles sont profondes, les lèvres en sont reliées par des fausses membranes. La veine porte et les veines sus-hépatiques sont perméables.

La capsule de Glisson est épaissie ainsi que le ligament suspenseur. La surface hépatique présente, en outre, de nombreux lobules plus nombreux à la face inférieure. Ces lobules, séparés les uns des autres par des sillons plus ou moins profonds, sont, les uns du volume d'une noix, les autres d'une amande.

La vésicule est remplie de bile brunâtre. Le canal cholédoque est libre. Les ganglions de l'épiploon gastro-hépatique sont volumineux, indurés, noirs, fortement pigmentés. Les ganglions péripancréatiques prévertébraux et inguinaux offrent une altération analogue, par contre les ganglions mésentériques sont indemnes. — *Rate*. 18 cent. de long. P. 395 gr. La capsule est absolument noire et recouverte de larges plaques blanches, fibreuses. A l'incision, parenchyme rouge non pigmenté.

Reins. Le gauche pèse 100 gr., le droit 125 gr. Le gauche, lorsqu'on enlève la capsule offre une surface légèrement granuleuse. La coloration est rouge jaune, uniforme, la substance corticale est légèrement atrophiée. Le droit présente une surface chagrinée, une substance corticale atrophiée. A l'incision, la coloration est à peu près normale. — *Vessie*. Elle est dilatée. La muqueuse est injectée.

Utrus. L'utérus est volumineux, ses parois sont épaissies, indurées, les ligaments larges sont pigmentés. Les trompes sont adhérentes aux ovaires réduits à de simples bandelettes cicatrisées.

Plevres. Adhérence au sommet droit et à la base gauche. — *Poumons*. Le droit est congestionné, le gauche normal. Les bronches sont saines, les ganglions thoraciques sains. — *Cœur*. Le cœur est petit, gras, gras, à la face antérieure. Le muscle cardiaque est gras et friable. Rien aux valvules sigmoïdes de l'aorte et de l'artère pulmonaire. Le bord libre de la mitrale est légèrement épaissi. Aorte saine, sauf au niveau des mésentériques où elle présente quelques points calcifiés.

Moelle épinière. La dure-mère rachidienne est épaissie dans quelques centimètres au niveau de la région cervicale. La moelle est un peu diffidente. — *Encéphale.* Les méninges offrent quelques plaques laiteuses. Les artères légèrement dilatées n'ont pas une athéromatose très-notable. — *Cerveau.* On constate quelques petits anévrysmes milliaires dans la partie externe de la couche optique et dans la protubérance. Rien au plancher du quatrième ventricule. — *Os.* Sur le tibia droit périostose sur les faces interne et externe. Celle de la face interne, constatée pendant la vie, a 10 centimètres de long et 3 ou 4 mm. d'épaisseur, celle de la face externe au même niveau que l'interne est moins développée.

Le crâne est sclérosé et semble atteint d'une légère hyperostose généralisée. Les côtes ont une raréfaction centrale et une sclérose périphérique.

L'examen microscopique fait sur une coupe fraîche révèle des lésions semblables à celles d'une cirrhose ordinaire. Les lobules sont comme enserrés par des faisceaux de tissu conjonctif épais parsemés de nombreuses cellules embryonnaires. Ces lobules sont atrophiés, leurs cellules sont granuleuses mais n'ont pas subi la dégénérescence graisseuse. Rien de notable du côté des vaisseaux.

RÉFLEXIONS.—Nous croyons avoir sous les yeux une cirrhose syphilitique : le traitement antisiphilitique à 22 ans, pour des boutons à la vulve; les douleurs dans la continuité des membres et à la tête, plus violentes la nuit; les contractures diminuant sous l'influence de l'iodure; les douleurs de l'hypochondre droit et les autres symptômes de la lésion hépatique différant un peu de ceux de la cirrhose ordinaire, etc., plaident en faveur de cette opinion, que confirment, à notre sens, le petit volume du foie sillonné de cicatrices, l'hypertrophie de la rate et des ganglions lymphatiques, enfin la périostose du tibia.

26. Maladie de Bright; par M. LEVRAT, interne.

Femme de 34 ans, bien portante auparavant, entrée au commencement de décembre à la salle Saint-Pierre à l'Hôtel-Dieu. A la suite de froid, elle fut prise presque subitement d'anasarque, et entra à l'hôpital où l'on constata dans l'urine une quantité considérable d'albumine. La malade fut mise au régime lacté. Au mois de janvier, elle passe dans le service de M. Gueneau de Mussy et la note laissée sur elle porte le titre de néphrite parenchymateuse.

Gedème généralisé et très-marqué, ascite considérable ayant déjà provoqué plusieurs fois la suffocation et nécessité quatre

ponctions. Albumine en quantité considérable dans les urines; urines rares. Rétinite albuminurique du côté droit.

La malade resta dans cet état sans amélioration pendant deux mois et demi, à ce moment le 7 mars, elle fut prise de deux attaques éclamptiques, auxquelles succéda le coma; mort le 17 mars.

AUTOPSIE. — Les reins sont petits, non mamelonnés, la substance tubulaire paraît normale. La substance corticale est blanche à la coupe, elle est diminuée d'épaisseur et dure; la coloration blanche a l'aspect d'un piqueté blanc. Gravelle urique dans les deux reins. Calcul d'acide urique dans le bassinet du rein droit.

27. Contusion d'une hernie inguino-pubienne. — Perforation intestinale; par M. AUDOUARD, interne des hôpitaux.

Collé Auguste, mécanicien, âgé de 38 ans, a été admis dans la soirée du 19 mars 1877, dans le service de M. Delens, à l'hôpital Beaujon. Il venait de recevoir dans une rixe un coup de pied qui l'avait atteint au bas-ventre. À l'examen du malade on ne trouve pas trace de contusion sur l'abdomen. Mais il indique avec la main la région hypogastrique gauche comme étant le siège de vives douleurs. Toute la partie sous-ombilicale de l'abdomen est douloureuse à la palpation et principalement le pil de l'aîne gauche.

Au niveau de l'orifice inguinal externe gauche, on trouve une petite hernie inguino-pubienne réductible datant de 15 ans. Le malade ne s'en préoccupait plus et ne portait pas de bandage depuis longtemps. La nuit du lundi au mardi a été bonne. Il n'y a eu ni fièvre, ni vomissements.

28. Les douleurs abdominales sont encore plus vives; on constate une hyperesthésie cutanée, exagérée au niveau de la hernie. La palpation superficielle arrache des cris au malade et provoque des contractions violentes de ses membres. On ne trouve toujours pas trace d'ecchymoses au point contus. La hernie est réductible et on sent nettement que la cavité du sac est vide. Ballonnement modéré du ventre. Facies un peu altéré le poulx est petit, filiforme. Tempér. M. 37°, 6. Vers onze heures du matin le malade est pris de hoquets et de vomissements bilieux abondants qui se renouvellent dans la journée.

29. — L'état général a empiré. Le malade a les traits tirés. Les lèvres présentent une teinte cyanique. Les douleurs abdominales persistent, et il se débat toujours avec énergie lorsqu'on explore l'abdomen. Il y a peu de ballonnement du ventre. Le malade n'a pas eu de gardes-robes depuis son entrée à l'hôpital. Les vomissements poracés persistent. Les urines

sont peu abondantes; elles offrent une teinte rouge brique. Pas de dyspnée. Pouls petit. Tempér. M. 36°, 8. On donne de la glace au malade. A une heure de l'après-midi, il fait de nouveaux efforts pour vomir et il meurt brusquement.

AUTOPSIE. — On constate une ecchymose cutanée au niveau de la hernie inguino-pubienne. L'incision de la paroi abdominale donne issue à des gaz et à un liquide abondant, qui contient des matières fécales et dans lequel baignent les viscères de l'abdomen. Il y existe une péritonite généralisée; les masses intestinales sont agglomérées les unes aux autres, et on trouve des plaques pseudo-membraneuses qui déterminent déjà quelques adhérences avec le péritoine pariétal. Le grand épiploon est rétracté et rejeté à droite.

En engageant le doigt dans l'orifice inguinal interne gauche, on pénètre dans le sac herniaire, qu'on trouve vide d'intestin et d'épiploon, mais rempli de matières fécales liquides. Il offre une profondeur de trois centimètres environ et le fond ne dépasse pas la branche horizontale du pubis.

En face de cet orifice interne, à la distance de deux travers de doigt environ, on découvre une anse d'intestin grêle perforée. On peut bien admettre qu'elle était logée dans le sac herniaire au moment de l'accident; le sommet de l'anse étant pris entre le corps contondant et un plan résistant formé par la branche horizontale du pubis, la déchirure des tuniques de l'intestin se serait produite en ce point. Une fois rentrée dans l'abdomen, l'anse herniaire a été maintenue par la péritonite sur la fosse iliaque gauche, tout en conservant sa forme allongée. Les portions ascendantes et descendantes sont accolées, parallèles et réunies par l'exsudat inflammatoire gauche. Quant à la perforation, elle occupe le sommet de l'anse et a une étendue d'un centimètre dans le sens longitudinal. En aucun autre point du tube digestif, on ne trouve de lésion. — *Foie.* Rien à noter. — *Reins.* Normaux. Légère congestion. — *Cœur.* Sain. — *Poumons.* Rien à signaler. — *Cerveau.* Congestion assez intense des veines superficielles de l'encéphale. Substance cérébrale normale.

M. Desprès rappelle qu'une observation semblable existe dans les bulletins de la Société. Elle est due à M. Duguet.

28. Granulie, perforation d'une caverne; emphysème généralisé, petit abcès de voisinage dans un espace intercostal.
— **Mort.** — **Autopsie;** par MM. FÉRÉOL, médecin des hôpitaux et GASTON GRAUX, internes des hôpitaux.

Sch., Théodorine, âgée de 24 ans, entre le 12 janvier 1877

dans le service de M. FÉRÉOL (salle Sainte-Joséphine, n° 11, hôpital Lariboisière).

Antécédents. Très-bonne santé, constitution robuste, tempérament sanguin, aucune maladie dans son enfance. Pas de diathèse héréditaire ou acquise : son père et sa mère sont bien portants. elle n'a eu depuis son enfance aucune maladie constitutionnelle ; d'ailleurs elle a toujours été dans de très-bonnes conditions hygiéniques ; elle a toujours habité la campagne, et n'est à Paris que depuis un an et demi. Sa menstruation a toujours été régulière, elle a eu ses règles pour la dernière fois le 6 décembre ; à l'époque suivante, le 6 janvier, elle n'a pas perdu de sang. Cette jeune fille est souffrante depuis un mois et plus malade depuis onze jours ; c'est un état de malaise et de dyspnée de plus en plus grave qui l'a déterminée à entrer à l'hôpital.

Voici dans quelles conditions auraient débuté ces accidents. Elle soigna pendant trois semaines deux personnes (le mari et la femme) qui moururent, presque en même temps, de la poitrine. Pendant tout ce temps, cette fille vécut dans une atmosphère surchauffée, prenant beaucoup de fatigue, et ne sortant jamais. Lorsqu'elle quitta cette maison, il y a un mois, elle fut saisie par le froid, et eut le jour même un frisson violent et de fortes quintes de toux. Cette malade, qui n'avait jamais toussé auparavant, ne cesse de tousser depuis cette époque et fut prise d'une très-grande gêne pour respirer. Elle put néanmoins continuer à marcher pendant une vingtaine de jours et ce n'est que le 2 janvier (il y a 11 jours) qu'elle a pris le lit. — Le 2 janvier survint un peu de diarrhée : notre malade eut des nausées, mais ne vomit pas ; elle eut aussi, nous dit-elle, beaucoup de fièvre. Ce même jour elle fut prise d'une surdité presque absolue. Depuis cette époque tous ces phénomènes se sont aggravés rapidement, et, à son entrée à l'hôpital, le 12^e jour de sa maladie, nous la trouvons dans l'état suivant :

Etat actuel : Dyspnée considérable, R. 44 ; figure injectée, anxieuse, présentant une sorte d'abattement ressemblant un peu à l'aspect typhoïde : P. 124, un peu d'urate ; T. vag. 40°, 6. Surdité très-prononcée ; la diarrhée qui s'était établie pendant les premiers jours de la maladie, a cessé depuis quelques jours. On ne trouve ni taches rosées, ni augmentation de volume de la rate, ni gargouillement dans la fosse iliaque. Pas de douleur à ce niveau. Insomnie persistante, surtout à cause de la dyspnée. Pas de céphalalgie, pas d'épistaxis. La langue est nette, non suburrale, sans rougeur à la pointe. Dans la *poitrine* on trouve de la submatité à la base droite et, dans les deux poumons, des râles fins en grande abondance. A la base

droite ces râles prennent le caractère de vrais râles crépitants. Il n'y a pas de souffle. — 30 ventouses sèches.

13 janvier matin. T. v. P. 120 ; R. 36. Langue large un peu sèche. Insomnie complète à cause de la dyspnée. Pas de taches, pas de gargouillement, pas de diarrhée, rien au cœur. La poitrine est remplie de râles fins, sous-crépitaux. Les crachats n'ont aucun caractère spécial ; ils sont aérés et mousseux, ne sont ni visqueux ni adhérents. Dans les urines on ne trouve ni sucre, ni albumine.

Diagnostic. Malgré la surdité, la fièvre typhoïde est éliminée, en raison de l'absence de phénomènes abdominaux. Le diagnostic reste un peu hésitant entre une poussée de granulations tuberculeuses et une bronchite capillaire. L'absence d'antécédents héréditaires ou personnels, la constitution robuste et le peu d'altération de l'état général, sont en faveur de la bronchite capillaire. La rareté des crachats, l'intensité de la dyspnée, les hautes températures, la suppression des règles ; et enfin l'état typhoïde léger donnent plus de probabilité au diagnostic de granulie.

Soir. T. v. 40°, 2 ; P. 132 ; R. 48.

14 janvier, matin. T. v. 40°, 2 ; P. 120 ; R. 156. — Même état d'orthopnée. Véritable suffocation. Pas de taches, pas de gargouillement. Pas d'œdème des paupières, ni des malléoles. Crachats très-peu abondants, mousseux, liquides, non gommeux, striés de quelques filets de sang. Râles fins partout dans toute la poitrine ; sonorité mauvaise au sommet droit ; à ce niveau râles fins plus abondants. — *Traitement* : Vomitif. Sinapismes sur les cuisses et aux poignets. Potion : Todd et codéine. Vésicatoire sous la clavicule droite.

15 juin, matin. T. vag. 40°, 6 ; P. 120 ; R. 60. Orthopnée ; pas de repos. Malgré des efforts considérables d'inspiration, l'air pénètre très-mal dans les poumons. Hier dans la journée, la malade a eu de véritables accès de suffocation. Pendant ces accès, elle devenait subitement d'une pâleur extrême, et la respiration se suspendait ; puis la figure devenait rapidement rouge, vultueuse, et la malade paraissait sur le point d'asphyxier. La surdité est toujours complète. — *Traitement* : Deux vésicatoires aux bases en arrière.

Soir. T. v. 40°, 2 ; P. 148 ; R. 60. Pendant un des accès de suffocation, et, pour combattre l'asphyxie imminente, on pratique une saignée de 250 gr.

16 janvier, matin. T. 40° ; P. 144. La malade a été soulagée hier soir pendant quelques heures ; ce matin, la dyspnée est de nouveau aussi intense. Mêmes signes stéthoscopiques, Râles fins et abondants partout. Submatité dans toute la hau-

teur du poumon droit, mauvaise sonorité à gauche. Même prescription. Potion Todd.

Soir. T. v. 40°; P. 148; R. 64. La malade se plaint de souffrir au niveau du cou.

En effet, le cou est légèrement déformé à sa partie supérieure; de chaque côté de l'angle de la mâchoire on voit une légère tuméfaction. Il est facile de reconnaître le début d'un emphysème sous-cutané, à la sonorité des parties tuméfiées et à la crépitation gazeuse.

17 *janvier, matin.* T. v. 39°, 3; P. 124; R. 48. Depuis hier au soir, l'emphysème a fait des progrès considérables. Aujourd'hui, toute la base du cou, les régions sus- et sous-claviculaires, les joues sont déformées par l'infiltration gazeuse. Les téguments sont beaucoup plus distendus à droite qu'à gauche.

En présence de cette complication, on peut admettre deux hypothèses pour expliquer le passage de l'air dans le tissu cellulaire. On peut avoir affaire à un de ces cas de catarrhe suffoquant observés par M. Roger chez les enfants et décrits dans son *Mémoire sur l'emphysème spontané généralisé* (Arch. de Médecine, 1862); dans ces cas il se produit de l'emphysème sous-pleural, puis médiastin et enfin sous-cutané. Ou bien il peut s'agir ici d'une caverne tuberculeuse ouverte dans le tissu cellulaire des parois thoraciques et permettant à l'air de passer directement du poumon dans le tissu cellulaire sous-cutané. — Comme les jours précédents, nous avions admis, en raison de la marche de la maladie, l'existence d'une granulie; nous supposâmes que ce devait être une caverne qui donnait passage à l'air pour produire l'emphysème, mais comme d'autre part nous n'avions pas trouvé de signes de ramollissement, nous pensâmes que cette caverne devait être assez petite.

Soir. T. v. 39°, 3; P. 134. L'emphysème s'est beaucoup étendu. La tête est devenue monstrueuse. Les yeux sont refoulés en avant par l'emphysème intra-orbitaire. Le cou, le thorax, le dos, les bras sont envahis. Les parois abdominales et les membres inférieurs seuls sont respectés. L'emphysème est toujours plus intense dans le côté droit que dans le côté gauche. Très-grande agitation, subdelirium.

18 *janv.* T. axill. 37°, 8; P. 160. Même état, la joue droite est luisante et beaucoup plus distendue que la gauche. Même agitation avec délire. — Mort dans la matinée à onze heures.

AUTOPSIE, 26 heures après la mort. — Rigidité cadavérique; pas de putréfaction. A l'ouverture du thorax, on constate que le tissu cellulaire du médiastin est infiltré de gaz, mais ce tissu cellulaire paraît beaucoup moins distendu qu'il ne l'est ordinairement dans les cas où l'emphysème a débuté par

le médiastin. — Il n'y a pas d'air dans les cavités pleurales.

A gauche, plèvre normale. — A droite, nombreuses adhérences celluleuses, lâches, à larges mailles. De ce côté le poumon ne peut être détaché de la plèvre ; pour ne rien détruire on l'enlève avec la paroi thoracique correspondante.

Les *poumons* examinés en place, sont le siège d'une éruption de tubercules miliaires des plus confluentes. Il y a en divers points un peu d'emphysème sous-pleural, mais cette lésion est peu prononcée, et il est évident que ce n'est pas par cette voie qu'a pu se faire l'infiltration gazeuse. Dans les cas où l'emphysème s'est généralisé à la suite d'un emphysème sous-pleural, la plèvre viscérale est beaucoup plus soulevée par les gaz qu'elle ne l'est dans le cas actuel. C'est donc par un autre mécanisme qu'a dû se propager l'emphysème, et voici en effet ce que l'on trouve. En détachant avec précaution le poumon droit de la paroi thoracique, c'est-à-dire, en détruisant peu à peu les adhérences qui unissent les deux feuillets viscéral et pariétal de la plèvre droite, on voit au niveau du 3^e espace intercostal, à peu près sur la ligne mamelonnaire, un point très-limité où le poumon et la paroi sont unis d'une façon plus intime.

Après dissection on reconnaît qu'il y a en cet endroit du côté du poumon, une petite caverne ayant à peu près le volume d'une lentille ; cette petite caverne est incomplète, il lui manque une paroi, celle que formait la paroi thoracique ; tandis que du côté de la paroi thoracique, on trouve une petite perte de substance, une petite ulcération en forme de cupule ; au fond même de cette cupule, existe une perforation, et en ce point la plèvre pariétale fait défaut. C'est donc par là que la caverne pulmonaire communiquait avec le tissu cellulaire sous-pleural de la paroi thoracique, c'est par là que l'air contenu dans le poumon passait, à travers la plèvre, dans le tissu cellulaire sous-cutané. Ainsi se trouve expliquée la prédominance de l'emphysème, dans le côté droit ; ainsi s'explique aussi le peu de distension du tissu cellulaire du médiastin, puisque ce tissu n'a été envahi que secondai-
rement.

Cette caverne était d'ailleurs la seule qu'il y eût dans les deux poumons : les tubercules miliaires qu'on trouvait en grande abondance dans les deux poumons n'étaient en aucun autre point arrivés au ramollissement, aucun ne dépassait le volume d'un grain de millet. Autour des tubercules, existait une forte congestion pneumonique, à droite surtout et dans les parties inférieures, cette congestion était très-intense, mais néanmoins le tissu crépitait, et ne s'enfonçait pas au fond de l'eau.

Tous les autres organes étaient sains ; le cœur, le péritoine, l'intestin. — Les ovaires ne présentaient pas les traces d'une ovulation récente. Il semble donc que l'amenorrhée du 6 janvier, coïncidait avec une absence d'ovulation, cette absence d'ovulation elle-même étant en rapport avec le développement de la tuberculose.

Il nous reste enfin à signaler une lésion découverte d'une façon toute fortuite et sur laquelle rien ne pourrait éveiller l'attention ; en divisant le 5^e espace intercostal droit, afin de détacher la paroi thoracique adhérente au poumon nous trouvâmes un petit abcès, situé par conséquent deux espaces intercostaux au-dessous et un peu en dehors de la lésion que nous avons déjà signalée sur cette paroi.

Cet abcès avait le volume d'une amande et était situé immédiatement sous la plèvre, sans cependant que cette dernière présentât, du côté de sa surface interne, rien qui pût en décélérer la présence. En ce point comme sur presque toute la surface interne de la plèvre pariétale droite, il y avait des adhérences celluluses avec vascularisation très-développée. Cet abcès était à égale distance des deux côtes, et séparé de chacune d'elles par une certaine épaisseur de tissus sains ; les côtes ne présentaient aucune altération. De toute part la cavité de cet abcès était tapissée par une surface tomenteuse analogue aux membranes dites pyogéniques. Le contenu était du pus crémeux, bien lié.

La présence de cet abcès qui n'offre aucun rapport avec la lésion dont nous avons déjà parlé, ne peut guère s'expliquer. Il s'agit probablement là d'un de ces abcès qui se développent autour des séreuses, comme autour des synoviales enflammées.

RÉFLEXIONS. — Nous désirons maintenant attirer l'attention sur les quelques particularités intéressantes de cette observation.

Et d'abord, sans vouloir d'ailleurs en tirer aucune conclusion au point de vue de l'étiologie possible de la tuberculose dans ce cas particulier, et, à plus forte raison, au point de vue de la contagion de la tuberculose en général, qu'il nous soit permis de faire tout au moins remarquer cette coïncidence étrange : Une jeune fille d'une bonne santé, d'une constitution robuste, vit pendant un mois enfermée dans une pièce extrêmement chauffée où agonisent deux tuberculeux, et en sortant de ce milieu malsain, elle est foudroyée par une tuberculose à marche suraiguë.

Le diagnostic ensuite a présenté de sérieuses difficultés et en particulier cette surdité presque absolue, que rien ne pouvait expliquer, éveillait forcément dans l'esprit l'idée d'une

fièvre typhoïde, à forme thoracique, et, si l'on ajoute que l'épidémie n'était pas encore finie, on comprendra combien ce diagnostic pouvait en imposer.

Toutefois, il manquait trop de symptômes à la fièvre typhoïde pour qu'on pût s'arrêter à ce diagnostic ; restait à se prononcer entre la granulie et la bronchite capillaire. Ce furent précisément ces quelques symptômes typhoïdes incomplètement accusés, et la suspension des règles au début d'une affection fibrile qui servirent de base au diagnostic et firent admettre la granulie.

Nous avons déjà longuement parlé du mécanisme de l'emphysème, nous n'y reviendrons que pour faire remarquer combien notre fait vient à l'appui de l'opinion soutenue par M. Roger dans son mémoire, à savoir que l'emphysème spontané qu'il y décrit ayant son triple siège dans le tissu cellulaire sous-pleural, dans le médiastin et dans le tissu cellulaire sous-cutané est une affection spéciale à l'enfance. Chez l'adulte, l'emphysème généralisé se faisant toujours par un tout autre mécanisme et succédant à des désordres bien autrement graves, doit impliquer un pronostic bien plus sévère. Mais, notre diagnostic admis, il n'y avait pas lieu d'opposer à l'emphysème un traitement énergique : en particulier, les piqûres ou les incisions de la peau, qu'on a conseillé de faire en pareil cas, n'étaient pas applicables. Car en raison du volume supposé de la caverne, nous ne pouvions avoir l'espérance de la trouver et par conséquent de remplir l'indication qu'on a posée, à savoir de transformer la fistule borgne interne, cause des accidents, en fistule complète, pneumo-cutanée.

Enfin, le petit abcès sous-pleural, est un exemple de ces abcès (qu'on a rarement l'occasion de voir à leur début), se développant au voisinage de la plèvre enflammée. M. Leplat a démontré dans son mémoire inséré dans les archives de médecine de 1865, que le plus souvent les lésions osseuses étaient consécutives à ces abcès, et non pas ces abcès consécutifs aux lésions osseuses ; que presque toujours ces abcès se développaient à côté de pleurésies aiguës ou anciennes, sans qu'on pût se prononcer sur le mode de propagation de l'inflammation. Notre fait tient à l'appui de cette opinion. Dans notre cas, l'abcès était au voisinage d'adhérences pleurales vasculaires, et, de plus, la côte la plus voisine était encore absolument saine ; ni le tissu osseux, ni le périoste n'étaient altérés ; une certaine épaisseur de tissus sains séparait la côte de la poche purulente.

M. VERNEUIL. La théorie que j'ai émise pour expliquer la formation des abcès de la paroi thoracique, dont M. Leplat

attribue le développement à une inflammation périostale externe, est la suivante : Certains abcès que j'appellerai *extra thoraciques*, se forment dans des bourses séreuses situées à la face externe du thorax et des côtes, au-dessous des muscles préthoraciques. Ces bourses séreuses sont faciles à voir : grâce à leur présence, la face externe des côtes est toute préparée, toute disséquée, lorsque les muscles ont été enlevés. Il en existe deux variétés : les unes sont vastes, larges, elles ne peuvent passer inaperçues ; les autres sont représentées par des espaces conjonctifs plus ou moins lâches.

Une seconde variété d'abcès que je désignerai sous le nom d'abcès *interstitiels*, est due à la suppuration d'adénites intercostales. On sait en effet que des ganglions lymphatiques très-peu volumineux se rencontrent au tiers postérieur des espaces intercostaux. Je n'ai observé aucun abcès de cette seconde variété qui se fût développé dans les ganglions satellites d'une artère intercostale, mais j'ai observé un cas de cancer mélanique du sein dans lequel des ganglions satellites de la mammaire interne avait produit une suppuration de ce genre. L'analogie m'autorise donc à regarder les premiers comme possibles.

M. TRÉLAT demande à M. Verneuil s'il applique cette théorie aux abcès froids des autres régions, et s'il nie l'existence des abcès périostiques externes.

M. VERNEUIL. Les abcès péri-osseux avec intégrité du périoste sont certainement très-rares, et, pour ma part, je n'en ai pas rencontré. Ce que j'ai vu souvent, ce sont des abcès péri-articulaires développés alors que l'os était malade et le périoste sain. Ces abcès-là étaient développés dans des bourses séreuses ; aussi est-ce surtout au genou que je les ai observés, à cause du grand nombre des bourses séreuses situées autour de cette articulation. Je n'ai jamais rencontré, pour ma part, un abcès développé au voisinage de la diaphyse d'un os malade, et séparé de cette diaphyse altérée par un périoste sain.

M. TRÉLAT. D'après mon observation personnelle, je pense et j'ai déjà enseigné qu'il peut exister des inflammations et des abcès de périostite externe. Cette conviction repose, non sur l'examen des pièces anatomo-pathologiques, mais sur l'observation clinique de deux cas fort intéressants. Dans le premier, il s'agit d'un jeune garçon, alors âgé de 13 ans, que

je soignai il y a trois ans. Il s'agissait d'une périostite fémorale, et certaines personnes avaient pensé à une ostéite-juxta-épiphysaire. D'abord, je le tins en observation: le gonflement ne fit pas de progrès, puis la fluctuation apparut, une incision fut pratiquée, et je trouvai le périoste gonflé, nulle part l'os n'était à nu. Ce malade guérit, et guérit sans nécrose. Après trois ans, il est revenu me voir; il m'a raconté avoir vu sortir, il y a quelques mois, trois petits morceaux d'os. Eh bien, l'interprétation de ce fait me paraît devoir être la suivante: Il a existé d'abord une périostite externe partiellement guérie, puis l'inflammation a envahi peu à peu le périoste dans sa totalité, et enfin est survenue la nécrose.

Dans les deux autres cas, il s'agit d'étudiants en médecine qui vinrent me consulter pour des abcès froids d'origine costale. Je conseillai de se garder avant tout de ces collections. Un traitement général et local fut institué, et la guérison survint sans ouverture des abcès. La possibilité de cette terminaison a déjà été signalée par Bouvier. Y a-t-il eu nécrose dans ces deux cas? Je ne le pense pas, car je ne connais pas de nécrose sans élimination de séquestres. Je crois, au contraire, que je me suis trouvé en présence de périostites externes. En résumé, je crois recevable l'opinion suivante: Il peut exister des inflammations qui ont pour point de départ la couche externe du périoste; elles se traduisent par du gonflement et de la suppuration, sans qu'il se manifeste quoi que ce soit du côté de l'os. Que si la couche profonde ou ostéogène vient à être envahie, alors on voit survenir la nécrose.

M. HOUEL. Je pense qu'il faut rattacher à une de ces périostites externes, le développement de l'abcès que nous a présenté M. Graux. Cet abcès était situé sous la plèvre, parallèlement aux côtes; la plèvre était saine, ainsi que le périoste, et il n'existe aucun ganglion dans la région qu'il occupait. Je pense qu'il devait son origine à une de ces altérations sur lesquelles M. Trélat vient d'insister.

M. VERNEUIL. Ne pourrait-on pas penser, puisque la plèvre et le périoste étaient intacts, que cet abcès s'est développé dans le tissu cellulaire. Je désirerais pour ma part rencontrer une de ces périostites externes. Les abcès que j'ai rencontrés le long de la diaphyse des os, étaient toujours développés dans une bourse séreuse, normale ou accidentelle.

M. BERGER rappelle que l'absence de tout gonflement du

côté du périoste l'avait amené à penser que l'abcès dont il s'agit s'était peut-être développé dans une bourse séreuse.

M. TRÉLAT. Je me rappelle un autre fait semblable à ceux que je citais tout-à-l'heure. Après avoir pratiqué une opération sur les voies génito-urinaires d'un enfant, je vis se développer un abcès à la partie supérieure du creux poplité. Le drainage fut pratiqué, et la guérison survint sans nécrose. Je le répète, je ne puis, pas plus que M. Verneuil, vous montrer pièces en main le siège des collections dont je parle. Mais j'ai en ma faveur un puissant argument : la guérison.

29. Bases occipitales; par M. FÉNÉ, interne provisoire des hôpitaux.

J'ai eu l'occasion de rencontrer deux nouveaux cas d'une déformation crânienne dont j'ai déjà présenté un exemple à la Société il y a deux ans (*Bull. soc. anat.* 1875, p. 482).

La première pièce provient du nommé Pierr... Joseph, 76 ans, né au Puid (Vosges); la seconde du nommé Desha... André, né à Coignon (Saône-et-Loire).

On voit sur la face externe de ces deux crânes que l'angle de l'occipital est éloigné de 25 mm. du sommet de l'angle rentrant formé par les bords postérieurs des pariétaux. Cet écartement va en diminuant vers les parties latérales et le bord de l'occipital finit par se mettre en contact avec le bord postérieur du pariétal correspondant à peu près à la partie moyenne de ce dernier. L'espace laissé libre entre ces os est rempli par une grande quantité d'os wormiens de volume variable. La direction des os wormiens présente une obliquité différente sur les deux pièces, de sorte que la saillie de l'angle occipital qui n'est guère que de 15 mm. sur la première, atteint 2 cent. sur la seconde. — A l'intérieur du crâne, on observe une disposition inverse, c'est-à-dire un enfoncement correspondant à l'occipital; la capacité du crâne est augmentée.

Sur la première pièce, la suture coronale est encore très-distincte; il en est de même de la sagittale, sauf dans la région obéiliale (le trou pariétal gauche laisse à peine une trace, le droit est encore perméable). Quant à la suture lambdoïde qui est le siège de la déformation on peut y noter cette particularité, que les os wormiens qui la remplissent sont très-nettement plus soudés en arrière avec l'occipital qu'ils ne le sont en avant avec le bord postérieur des pariétaux.

Le second sujet, quoique beaucoup plus jeune (mais c'était un paralytique général), présente une ossification beaucoup

plus avancée : la suture coronale est encore assez distincte, mais la suture sagittale est à peu près complètement oblitérée et les 2 trous pariétaux sont petits. Dans la suture lambdoïde, on retrouve la disposition déjà signalée : la soudure des os wormiens est presque complète avec l'occipital, elle l'est beaucoup moins avec les pariétaux.

Sur le premier sujet seulement, j'ai cherché si les rapports du lambda avec le cerveau étaient modifiés par la déformation : les chevilles introduites par deux trous percés de chaque côté du sommet de l'angle formé par les bords postérieurs des pariétaux, ont été retrouvées dans les scissures perpendiculaires externes. Ce résultat semblerait indiquer une augmentation de volume de la portion occipitale du cerveau. Les rapports du bregma étaient normaux (48 mm. en avant du sillon de Rolando).

Dans ma première communication, j'avais émis l'hypothèse d'une déformation provoquée, due à des compressions exercées sur la tête du nouveau-né dans certaines localités ; aussi je dois faire remarquer que les deux sujets dont il s'agit sont originaires de pays où ces manœuvres n'ont point été signalées. Dans des cas beaucoup plus nombreux où on rencontrait une légère saillie de l'occipital sans os wormiens dans la suture lambdoïde il eût été impossible aussi d'invoquer cette cause.

Le rachitisme ne peut guère non plus être mis en cause, car on ne retrouvait aucune autre déformation sur les squelettes et ces 2 crânes ne présentent point la forme générale des crânes rachitiques.

30. Procédé de coupe du crâne : par M. FÉRÉ, interne provisoire des hôpitaux.

On voit, sur la pièce présentée, une coupe que je propose d'utiliser, soit pour la conservation simultanée de l'encéphale et du crâne, soit pour l'étude de la topographie crâno-cérébrale sur les sujets dont on ne peut point disposer entièrement.

Si on commence un trait de scie sur les arcades sourcilières et qu'on dirige l'instrument de telle sorte qu'il passe au-dessous de la partie moyenne des deux conduits auditifs, il va tomber dans le trou occipital, très-près du bord postérieur de ce trou, et il termine sa course en sortant entre l'os occipital et l'arc postérieur de l'atlas.

Lorsque la partie de la tête ainsi détachée repose sur sa convexité, on voit que la cavité crânienne n'est ouverte qu'au niveau de la partie la plus inférieure des fosses sphénoïdales

(la dure-mère est ordinairement intacte, rarement la substance cérébrale a été éffleurée), et vers le trou occipital. Tout l'encéphale est donc resté dans la boîte crânienne ; le bulbe est seulement coupé un peu court. La direction de la coupe donne, comme on le voit, très-approximativement la limite inférieure de l'encéphale. On enlève avec la gouge le plafond des orbites, les ailes sphénoïdales, les rochers, l'apophyse basilaire, et après avoir incisé la dure-mère, on commence à dégager le cerveau par la partie antérieure, et en agissant avec quelque précaution on le retire sans la moindre détérioration. Cette préparation a l'avantage de conserver un crâne sur lequel on peut mesurer à peu près tous les diamètres usités, sans détruire les saillies de la face.

Mais cette coupe peut être surtout utile pour l'étude de la topographie crânio-cérébrale. Si, en effet, on laisse le cerveau en place et qu'on laisse reposer la surface de coupe sur un plan incliné mobile, de sorte que l'on puisse rétablir sur une même ligne verticale le centre du conduit auditif et le bregma, on aura replacé le crâne dans la direction qu'il occupe normalement dans la position du regard horizontal qui sert de base dans la recherche des points de repère. Les coupes verticales pratiquées sur une tête ainsi disposée sont même préférables à celles qui sont faites sur le sujet entier, car la direction peut en être beaucoup plus rigoureusement déterminée.

Ce mode de préparation permet aussi de recourir à la congélation artificielle. On peut aussi provoquer le durcissement du cerveau dans le crâne par les procédés chimiques, mais on n'obtient que de mauvais résultats, parce que tous les liquides employés jusqu'ici produisent en même temps une réduction de volume.

31. Fracture intra-capsulaire du col du fémur avec rotation en dedans du membre inférieur et conservation des mouvements volontaires ; par M. ОЗЕРНЪ, interne provisoire des hôpitaux.

Dans la soirée du 15 janvier 1877, Mme L..., âgée de 82 ans, en accomplissant un mouvement de rotation sur elle-même ne put se maintenir en équilibre, et fit une chute, dans laquelle le côté droit du corps et particulièrement la région trochantérienne, vint frapper le sol. A la suite de cette chute, Mme L... ne put se relever, et c'est avec peine qu'elle se traîna jusqu'à son lit. — Ce même jour, la malade est apportée à l'infirmerie de Sainte-Périne, et le lendemain, à la visite, on constate ce qui suit :

La malade est dans le décubitus dorsal, se plaignant, au ni-

veau de la hanche droite, d'une douleur continue, qui s'exaspère par les mouvements du tronc, et qui, par moments, s'irradie dans le membre inférieur correspondant. La pression exercée d'abord au pli de l'aîne, puis au niveau du grand trochanter, ne la réveille qu'en ce dernier point. Invitée à lever le pied en détachant le talon du lit, la malade peut le faire, mais ne reste dans cette attitude que peu de temps; il lui est également possible de faire quelques mouvements d'adduction et d'abduction.

A ces troubles fonctionnels se joignent les signes physiques suivants : saillie plus prononcée du grand trochanter, qui est porté en haut et un peu en avant. Raccourcissement du membre, apparent à la vue et à la mensuration qui donne une diminution de 1 cent. $1/2$ à 2 cent. *Adduction, flexion et rotation en dedans* : l'une et l'autre peuvent être assez facilement corrigées, mais se reproduisent aussitôt qu'on abandonne le membre à lui-même, et l'on n'observe pas, ce qui a été quelquefois constaté, la transformation de la rotation en dedans en rotation en dehors. Pas de mobilité, pas de crépitation, pas de gonflement; aucune trace d'ecchymose. — En présence de ces signes, M. DELENS, après avoir d'abord songé à une contusion, puis rejeté cette idée, porte le diagnostic de : *fracture extra-capsulaire insolite du col du fémur*.

Du 16 au 25 janvier, les accidents ci-dessus mentionnés s'accroissent, et on n'en relève aucun nouveau, relativement à la lésion locale. Les douleurs deviennent de plus en plus vives, surtout si l'on imprime des mouvements au membre et au tronc, et se propagent dans toute l'étendue de la cuisse. Elles se font toujours ressentir plus vivement au niveau de la région trochantérienne. La flexion, l'adduction et la rotation en dedans se prononcent davantage, et il devient impossible de ramener les membres au parallélisme. Le raccourcissement ne subit que peu de changement (2 à 2 cent. $1/2$). Comme les premiers jours ni gonflement, ni ecchymose n'ont paru et la mobilité, de même que la crépitation, restent absentes. — Durant ce laps de temps, la malade est prise d'agitation extrême, d'hyperesthésie générale, de délire, sans que l'on puisse découvrir aucune complication du côté des viscères, puis une constipation rebelle, de la rétention d'urine (urines ammoniacales et albumineuses) et une période de coma précédent la mort, qui a lieu le 25 janvier.

AUTOPSIE. L'examen de l'articulation, qui seul a pu être fait, fournit les données suivantes : Le grand et le petit trochanters ne présentent aucune lésion. La capsule de l'articulation est intacte dans toutes ses parties.

Au niveau de la ligne sinueuse, qui marque le point de

jonction de la tête et du col, dont la longueur, comme on l'observe souvent chez les vieillards, est notablement diminuée, existe une solution de continuité complète. Mais cette fracture n'est pas perpendiculaire à l'axe du col; elle offre une double obliquité, le fragment supérieur étant obliquement dirigé de haut en bas et de dedans en dehors, le fragment inférieur ayant une direction inverse. Le premier a l'aspect d'un coin ou plutôt d'un clou, dont l'extrémité renflée, arrondie, est représentée par la tête fémorale, et la tige ainsi que l'extrémité pointue par toute la portion centrale du col, qui, restée attachée à la tête, va en s'effilant jusqu'à la partie inféro-interne du grand trochanter, dont elle se sépare à ce niveau. — Quant au fragment inférieur, il représente une cavité irrégulière, dont les parois sont formées par la couche corticale du col. Cette cavité, remplie par le fragment supérieur, et qui offre un fond étroit, correspondant au point d'union du col et du grand trochanter, va en s'élargissant, et peut être comparée à la portion creuse et érodée d'un bout de sein ou d'un entonnoir.

Comme l'os, le périoste a été détruit dans tous les points, sauf dans un seul, au niveau du bord inférieur du col. Sur toute la longueur de ce bord, on voit cette membrane, doublée d'une lame fibreuse résistante, mettre obstacle à la séparation complète des deux fragments.

REMARQUES. De ces différentes lésions, deux doivent particulièrement attirer l'attention : 1^o la forme et la direction des fragments.

2^o la bandelette périosto-fibreuse, située au niveau du bord inférieur du col. Dans cette observation on peut remarquer, d'une part, que quelques-uns des signes propres à la fracture du col du fémur (motilité, crépitation, gonflement, ecchymose) ont fait défaut, mais nous n'y insistons pas, leur absence étant souvent constatée; que, d'autre part, parmi les signes notés, il en est deux qui se sont présentés d'une façon anormale. En effet, il y a eu conservation de quelques mouvements volontaires et rotation du membre inférieur en dedans.

Sans rappeler les différentes théories qui se sont élevées pour l'explication de ces deux phénomènes, et en particulier pour la rotation en dedans, nous pensons que, dans le cas actuel, la cause doit en être recherchée dans la forme et la direction des fragments, et dans la persistance de la languette périosto-fibreuse. En effet, le fragment supérieur est taillé et dirigé de telle sorte que, si l'on cherche à imprimer un mouvement de rotation en dehors au fragment inférieur, on ne peut y parvenir, ce dernier venant s'accrocher à l'extrémité

pointue du premier, qui forme arc-boutant ; en outre, la languette fibreuse se tend fortement et oppose une nouvelle résistance. Essaie-t-on, au contraire, la rotation en dedans, l'accrochement n'a pas lieu, et le mouvement est possible.

En résumé, deux causes : 1° la forme et la direction des fragments ; 2° la persistance d'un lien fibreux paraissant avoir agi pour donner lieu à la rotation en dedans, soit en la produisant directement, soit en mettant obstacle à la rotation en dehors.

32. Rétrécissement traumatique de l'urètre. — Infiltration d'urine. — Vessie bilobée. — Néphrite suppurée; par M. Ed. LEBEC, interne des hôpitaux.

Gat.... G., 48 ans, entre le 19 janvier 1877 à l'Hôtel-Dieu. (service de M. LE DENTU.)

Cet homme est tombé le périnée sur le bord d'une cuve de brasseur il y a vingt-deux ans. Il se fit une déchirure du canal et eut une hématurie prolongée. Le rétrécissement se montra au bout de deux ans seulement. On le sonde et, depuis vingt ans, il continue à se passer des bougies. Il y a quatre ans, abcès urinaire au périnée à gauche. — Un mois avant son entrée, la miction devient plus difficile, la sonde n° 6 ne passe plus, un gonflement douloureux se montre au périnée.

Etat à l'entrée. L'état général semble assez bon, P. 104, T. 38° 9. Langue un peu sèche. Vessie distendue. La sonde n° 6 passe avec peine. Le scrotum est œdématié et mou, indolore. Au périnée existe un gonflement allongé dessinant le bulbe, augmenté de trois à quatre fois son volume, et remontant vers la racine de la verge. La douleur est assez vive. Pas de fluctuation bien manifeste. En raison des antécédents, la pensée se porte naturellement vers un abcès urinaire ou une infiltration d'urine franche au début.

20 janvier. Nous constatons que les choses ont changé d'aspect. Le scrotum est énorme, dur, rouge, douloureux, le périnée distendu, la verge œdématiée. Ces phénomènes sont faciles à expliquer : hier soir, l'urine était limitée à la loge périnéale moyenne des bulbo-caverneux. Pendant la nuit, elle a fusé le long de la verge et s'est répandue sous les téguments. P. 108. Insomnie. Langue sèche. — Une incision est faite à droite de la racine de la verge ; une autre à la partie inférieure du scrotum, par laquelle coule une grande quantité d'urine et de pus. Le doigt pénètre dans une excavation large et anfractueuse. — *Soir.* Etat général meilleur : P. 104; T. 39° 2.

23 janvier. On passe une sonde n° 6. La langue est moins sèche, le pouls plein, modéré, 84. — *Soir,* frissons, fièvre.

24 janvier. Le testicule droit vient faire hernie à travers l'incision supérieure; les bords de l'incision ont une teinte gangréneuse. Frissons dans la journée. La tuméfaction locale est moindre.

28 janvier. T. 41°, 2; P. 112. Fièvre violente. Langue humide. Sueurs profuses depuis deux jours. Diarrhée. Un clapier purulent est ouvert sur le pubis. Mauvais état général.

31 janvier. Le matin, la température tombe à 35°, 4. Est-ce un signe d'urémie? Pas de vomissements, pas d'œdèmes. — Soir. La température monte à 38°, 2.

1^{er} février. T. 38°; P. 100. Adynamie. Mort à 5 heures.

AUTOPSIE. *Abdomen*. Pas de péritonite. Intestins sains. Dans le petit bassin, on trouve une *tumeur* trilobée, placée derrière la symphyse pubienne. Le lobe supérieur, gros comme une noix, est formé par une hernie de la muqueuse vésicale. Les lobes inférieurs, gros comme le poing, sont constitués par la vessie et une poche purulente placée au-dessous et sur les côtés. La poche supérieure ne présente pas de fibres musculaires dans sa paroi; on en découvre dans la poche inférieure. Les deux cavités sont superposées et communiquent, par un orifice large comme le petit doigt, à bords froncés. Dans la cavité supérieure est une sorte de membrane brune, adhérente à la muqueuse, contenant des éléments calcaires. Dans la poche inférieure, du pus; en somme, c'est une vessie bilobée. On comprend les difficultés que l'on eût rencontrées, si un calcul avait pris naissance dans la poche supérieure, au niveau de la fausse membrane que j'ai signalée.

Urèteres débouchant au-dessous de l'orifice de communication des deux poches. Le gauche est dilaté dans toute son étendue, il est perméable et un peu comprimé au voisinage de la vessie par l'extrémité de la poche purulente.

Urèthre. Rétrécissement dans la portion bulbeuse. Il est long de 6 millimètres, large de 3 une fois étalé. En arrière, la muqueuse est couverte d'une sorte de fausse membrane en stries longitudinales. Deux perforations où un stylet passé sans peine, se voient l'une au point rétréci, l'autre plus en arrière. Toutes les deux communiquent largement avec les foyers d'infiltration d'urine, et vont depuis la racine de la verge qui est disséquée, en passant sous la racine des bourses, se terminer dans l'épaisseur du périnée, près du rectum. En plusieurs points, les tissus sont sphacelés.

Reins volumineux; longueur 18 centimètres, mous, friables, teinte marbrée de jaune et de brun à l'extérieur. Les bassinets sont dilatés. La substance rénale est infiltrée d'abcès milliaires qui, par points, sont réunis et forment des cavernes.

Les cavités thoracique et crânienne ne présentent rien à noter.

33. Cancer des ganglions prévertébraux, du foie et d'un rein;
par MM. FAISANS, interne des hôpitaux et LUC, externe du service.

Del. Julie, brunisseuse, 17 ans, entre le 27 janvier, dans le service de M. GRANCHER à l'hôpital Temporaire.

Son père et sa mère sont encore vivants, et jouissent d'une bonne santé. Ses frères et sœurs sont aussi bien portants. Elle n'a jamais eu d'autre maladie que celle qui l'amène à l'hôpital. Régée à l'âge de 11 ans 1/2, elle a toujours eu ses règles à époque fixe. Jamais de grossesse. Elle a commencé à 12 ans son métier de brunisseuse, et s'est toujours trouvée, depuis, dans de mauvaises conditions hygiéniques, travaillant beaucoup, se nourrissant fort mal, logeant dans un endroit malsain.

Les renseignements que l'on obtient sur le début de sa maladie sont assez vagues; vers la fin du mois d'*octobre* 1876 elle aurait commencé à souffrir du ventre; cette douleur, d'abord fugace et mal déterminée, augmente graduellement et devient continue. La malade éprouvait en même temps dans les reins une sensation de courbature très-pénible. Elle n'avait plus la même ardeur au travail et se fatiguait vite. Vers cette même époque, elle commença à maigrir d'une manière sensible; l'appétit avait presque complètement disparu. Elle n'allait à la selle qu'à l'aide de lavements. A la fin du mois de *décembre* la douleur devint très-vive dans l'hypochondre droit. C'est à ce moment, ou dans les premiers jours de janvier, que le ventre augmenta de volume et que la peau commença à jaunir; cette coloration jaune a augmenté graduellement jusqu'à ce jour. Au milieu du mois de *janvier* elle éprouva au creux épigastrique une douleur qui devint de plus en plus forte; cette douleur était surtout très-vive après le repas; vomissements alimentaires et bilieux; elle vomissait ses aliments une heure ou une heure 1/2 après leur ingestion. C'est à cette date qu'elle remarque à deux ou trois reprises la coloration noire de ses selles, jamais d'hématémèse. Elle entre à l'hôpital Temporaire le 27 janvier 1877.

28 *janvier*. La malade est dans le décubitus dorsal, et dans un état d'apathie dont elle ne sort qu'avec peine; ses réponses sont lentes. La peau de la face et du corps présente une coloration jaune foncé, plus prononcée sur la sclérotique. La température n'est pas augmentée. Le pouls est à 120, T. axillaire 37°,4. Le ventre est très-volumineux, et distendu d'une façon uniforme, ses parois sont sillonnées de veines bleues, très-gonflées. Il est sensible sur toute son étendue,

surtout dans l'hypochondre droit, mais il faut exercer des pressions assez fortes pour éveiller une vive douleur. En déprimant assez fortement les parois, on ne constate rien d'anormal. — La percussion donne partout un son tympanique, sauf dans les parties déclives où l'on obtient de la matité sur une petite étendue; sensation de flot assez confuse; il y a en somme de l'ascite, mais en petite quantité; ce qui domine c'est le tympanisme. Il n'est pas possible, à cause de ce tympanisme, de limiter par la percussion le foie et la rate.

La langue est humide, les gencives sont rouges, fongueuses et saignent au toucher; l'haleine est fétide. La malade n'a pas été à la selle depuis six ou huit jours. — Pendant qu'on l'examine elle a du hoquet à plusieurs reprises; ce hoquet dure déjà depuis quelques jours. Les poumons et le cœur ne présentent rien d'anormal.

L'urine est très foncée et, vue obliquement, présente des reflets verts-clairs. Traitée par l'acide nitrique, elle offre une coloration verte très-foncée; il n'y a pas d'albumine. La quantité d'urée n'a pas été cherchée ce jour-là. La malade éprouve, quand elle urine, une sensation de brûlure très-pénible.

Diagnostic. M. Grancher pense qu'une tumeur, dont il est impossible de déterminer la nature, siège au niveau du hile du foie, comprimant les voies biliaires et la veine porte. Traitement: Huile de ricin, 30 grammes. Lavements tous les jours. Un vésicatoire sur l'hypochondre droit.

29 janvier. Même état. Constipation persistante; le purgatif n'a produit aucun effet; pas de vomissements. La sérosité obtenue par le vésicatoire est traitée par l'acide nitrique, elle contient beaucoup de matière colorante biliaire.

30 janvier. Même état, inappétence absolue; insomnie presque complète. L'urine présente les mêmes caractères, toujours pas d'albumine, elle ne contient que 3 grammes d'urée (?). Les jours suivants la quantité d'urée augmente: le 31 janvier, 6 grammes; le 1^{er} février, 7 grammes; le 2, 13 grammes 1/2 (Esbach). La numération des globules sanguins a été faite tous les jours. Les chiffres des globules rouges et ceux des globules blancs suivent une marche inverse, les premiers diminuant très rapidement, les seconds augmentant. De 4,000,000, les globules rouges tombent à 1,000,000, ou un peu plus. Le 4 février, au matin, le rapport des globules blancs aux globules rouges est de 1 pour 100. La malade meurt le 5 février à midi.

AUTOPSIE. Abdomen. A l'ouverture du ventre, il s'écoule près d'un litre de sérosité citrine. L'estomac et les intestins sont très-distendus par des gaz. Le foie dépasse légèrement le rebord des fausses côtes. La surface est lisse; des néomembranes relient sa face supérieure au diaphragme. Le grand

épiploon a conservé sa minceur et sa transparence; en somme, on ne constate à première vue que de la périhépatite adhésive. Les fausses membranes de la face supérieure du foie sont déjà organisées et très-résistantes. L'épiploon gastro-hépatique, épaissi, rétréci, semé de nodules blanchâtres, volumineux. Ces masses forment autour des canaux hépatique et cholédoque une série de tumeurs qui les compriment. Le canal hépatique est dilaté au niveau du hile; mais ses parois suivies fort loin dans l'intérieur du foie paraissent saines. Autour d'elles, au contraire, le tissu hépatique est très-dur, et présente la même coloration blanc jaunâtre que celle des tumeurs situées dans l'épiploon gastro-hépatique. La surface du lobe de Spigel est lisse, mais on y observe des zones rouge vif, séparées les unes des autres par de petites masses blanchâtres, en plaques et en granulations analogues à celles du petit épiploon. La vésicule biliaire est distendue par une grande quantité de bile; le canal cystique, perdu au centre de la tumeur épiploïque ne peut pas être retrouvé.

L'estomac contient une grande quantité de sang noirâtre, d'aspect goudronneux. Au niveau de la petite courbure on voit de petites plaques blanchâtres, disséminées, saillantes sur la face interne. Sur ces points, le paroi est raide et présente une grande consistance. Sur d'autres points de la muqueuse, toujours à droite du cardia, on trouve un semis de granulations blanchâtres, ayant le volume d'une demi-lentille. Une plaque plus grande que les autres est exulcérée, ce qui explique la présence du sang contenu dans la cavité de l'estomac. Le cardia est intact.

Au-devant de la colonne lombaire, on voit une masse énorme, occupant les ganglions mésentériques, refoulant en avant les intestins, et fusionnant en un bloc, un grand nombre de ses circonvolutions. Cette masse est blanchâtre, de consistance lardacée. Une section pratiquée d'avant en arrière dans ce bloc, montre sur la coupe l'ouverture béante des quelques anses intestinales et des gros vaisseaux prévertébraux. La surface interne de l'intestin est intacte dans toute son étendue: L'aorte et la veine cave sont entourées par la tumeur, mais ne paraissent pas comprimées. Les vertèbres au-dessous de la tumeur sont complètement saines, ainsi que le ligament vertébral commun antérieur, dont on voit très-bien les fibres nacrées.

La rate est englobée dans des adhérences très-résistantes; à la coupe, elle ne présente rien de particulier. Le pancréas a aussi été épargné. Le rein gauche est volumineux, jaune verdâtre, de consistance très-ferme. La capsule se détache facilement. — Intérieurement il est farci de masses blanchâtres

qui ont envahi surtout la substance corticale intermédiaire aux pyramides de Malpighi. On voit se détacher de ces masses des granulations de même couleur, qui circonscrivent la base des pyramides, de sorte que celles-ci semblent entourées d'une couronne blanchâtre.

Le rein droit est plus petit. Sa capsule s'enlève facilement. La propagation cancéreuse qui ne fait que commencer se présente sous l'aspect de quelques granulations blanches déposées dans l'intervalle des pyramides.

Les organes pelviens sont intacts. Les organes thoraciques et le cerveau sont à l'état normal.

REMARQUES. Il s'agit ici d'une lésion cancéreuse, qui, très-probablement, a débuté par les ganglions mésentériques, et qui, de là, a irradié vers le foie, vers l'estomac et vers les reins. Du côté du foie, la propagation semble s'être faite en suivant le trajet des canaux cholédoque et hépatique qui sont complètement englobés dans la tumeur, mais dont les parois ne sont pas altérées. — L'aspect du rein gauche, et les lésions commençantes du rein droit, font voir que l'altération cancéreuse a suivi le trajet des vaisseaux, pénétrant par la partie moyenne des colonnes de Bertin, et se prolongeant sur la voute vasculaire qui occupe la base des pyramides de Malpighi.

34. Endocardite végétante; par M. F. BALZER, interne des hôpitaux.

La nommée And...., 50 ans, marchande de vins, entre le 2 janvier 1877, au n° 29 de la salle Saint-Joseph, dans le service de M. LÉPINE (Hôpital Temporaire). Elle raconte qu'elle a depuis un an des palpitations, des douleurs à la région lombaire, et de l'œdème des parois abdominales : elle n'a jamais eu de rhumatismes. C'est une femme d'apparence assez vigoureuse; sa face est bouffie, d'un jaune pâle; la peau de la poitrine et du dos est extrêmement brune, mais on ne trouve pas de taches pigmentaires sur les muqueuses. Les membres inférieurs sont très-œdématisés; le ventre est gros, tendu, sonore à la percussion; on ne perçoit pas de sensation de flot ni de matité dans les régions déclives. — A l'auscultation de la poitrine, nombreux râles sous-crépitaux et râles sibilants aux deux bases; aux deux sommets, en arrière, respiration rude, soufflante, presque caverneuse; pas de gargouillement. Les crachats sont muco-purulents et spumeux. Dyspnée assez intense. A l'auscultation du cœur, on constate un souffle systolique assez rude, ayant son maximum à la pointe. Le pouls est petit, mais régulier; 92 pulsations. Traitée par l'acide nitrique et la chaleur, l'urine renferme une notable quantité d'albumine. — Traitement : Régime lacté.

4 janvier. La malade est très-oppressée, le souffle systolique de la pointe est rude et s'entend jusqu'à la base. Respiration rude en avant, mais sans râles. Prescription : un gramme de scammonée.

6 janvier. Malgré l'effet du purgatif, la malade est aujourd'hui dans l'orthopnée : on entend des râles sous-crépitaux à l'auscultation du poumon droit. Le souffle du cœur est plus fort. L'œdème des jambes est dur et ne paraît pas avoir diminué. La malade a rendu environ 400 grammes d'une urine louche. Prescription : 40 gr. d'eau-de-vie allemande, qui n'amènent que trois selles, comme la purgation précédente.

9 janvier. On trouve de la matité au-dessus du pubis; il y a un peu d'ascite. — 10. Pas d'amélioration : râles sous-crépitaux à droite. — Prescription : un vésicatoire sur le côté droit, un gramme de scammonée, un gramme de teinture de digitale.

11 janvier. La malade a eu trois selles abondantes. Pouls : 100.

13 janvier. Malgré une nouvelle purgation avec 40 grammes d'eau-de-vie allemande, l'œdème augmente, les bras sont tellement œdématisés qu'on a peine à sentir le pouls. Au contraire, l'enflure des jambes a peu augmenté; le ventre est très-gros. Pouls : 80; même quantité d'albumine dans l'urine.

14, 15 janvier. L'oppression continue à augmenter; on supprime la teinture de digitale que l'on remplace par la macération aqueuse. La malade meurt le 15, dans la soirée.

AUTOPSIE. On trouve les deux poumons unis à la plèvre par de fortes adhérences : ils sont lourds, durs, fortement congestionnés, surtout aux deux bases.

Le cœur est volumineux, surchargé de graisse. Le ventricule droit est rempli de caillots noirs, ainsi que l'oreillette : l'auricule droite renferme des caillots grisâtres, adhérents probablement d'origine ancienne. L'oreillette gauche est également très-dilatée : l'orifice mitral laisse passer deux doigts; ses deux valves restent souples malgré plusieurs épaississements partiels. Les parois du ventricule gauche sont hypertrophiées; sa cavité renferme un petit caillot étalé. La pointe du cœur est formée par le ventricule droit : le ventricule gauche présente, au contraire, à ce niveau une forme hémisphérique : L'endocarde est très-épaissi et présente d'énormes végétations. Celles-ci en certains points s'élèvent à plus d'un centimètre au-dessus du tissu musculaire. L'endocarde présente un aspect blanc, nacré, et offre une surface externe, blanchâtre, festonnée, envoyant des prolongements de tissu fibreux entre les faisceaux du tissu musculaire qu'elle recouvre. Il y a une sclérose interfasciculaire évidente, mais qui ne semble pas se continuer jusqu'à la surface externe du cœur. Mais, en certains

points, notamment vers la pointe, l'endocarde est moins adhérent et presque mobile au-dessus du tissu musculaire sous-jacent. Sur la coupe, l'aspect de la surface interne tranche par sa couleur rosée plus terne, au niveau des végétations. Celles-ci présentent assez bien l'aspect de petites crêtes de coq, légèrement acuminées et serrées les unes contre les autres. Elles sont d'autant moins saillantes qu'on se rapproche davantage de l'orifice aortique, dans la direction duquel leurs extrémités libres paraissent inclinées.

L'altération de l'endocarde est surtout marquée à la pointe; elle s'étend jusqu'au tiers supérieur du ventricule gauche, remonte sur les piliers presque jusqu'à l'insertion des cordages tendineux. Elle diminue de profondeur à mesure qu'elle se rapproche de la base. Les valvules aortiques sont saines et l'orifice aortique à peine athéromateux.

Les reins sont petits, durs; les capsules fibreuses sont très-épaissies, adhérentes à la couche corticale qui est granuleuse, atrophiee, et renferme de nombreux petits kystes.

Les capsules surrénales sont saines.

La rate a son volume normal, mais elle est dure, son enveloppe fibreuse est épaissie. Le foie est diminué de volume, il présente assez bien l'aspect caractéristique de la cirrhose, surtout sur son bord tranchant. Il est dur: sur les coupes, on voit qu'il est envahi par la graisse, et il offre l'apparence du foie muscade.

Examen microscopique fait dans le laboratoire de Clamart. Après avoir été durcies par la gomme et l'alcool, les coupes ont été colorées à l'aide du picro-carminate d'ammoniaque, puis conservées dans la glycérine. Elles montrent un épaississement considérable de l'endocarde, et une augmentation des deux espèces d'éléments qui le composent, des fibres élastiques et des faisceaux de tissu conjonctif.

Les fibres élastiques forment d'épais faisceaux dans la partie de l'endocarde qui recouvre les fibres musculaires: sur beaucoup de points, leur aspect ordinaire s'est modifié, et elles se présentent sous formes d'amas granuleux qui prennent la teinte d'un vert sombre sous l'influence de l'acide picrique. Le tissu conjonctif présente des faisceaux larges, fortement colorés par le carmin, séparés les uns des autres par les fibres élastiques, dans la portion la plus externe de l'endocarde, étroitement serrés et sans interposition de fibres élastiques dans la partie qui avoisine les végétations; l'épaisseur de cette couche de tissu conjonctif varie d'ailleurs suivant les points.

L'endocarde envoie entre les faisceaux musculaires de larges prolongements, formés principalement de tissu conjonctif et dans l'épaisseur desquels on voit de gros vaisseaux.

Ceux-ci paraissent peu nombreux au centre de l'endocarde; il en existe un plus grand nombre au voisinage des fibres musculaires, mais ils sont surtout remarquables à la face interne de l'endocarde. Cette face est irrégulière et envoie de minces prolongements au milieu des dépôts fibreux qui constituent la majeure partie des végétations que nous avons décrites. En certains points, elle est séparée nettement de ces dépôts par plusieurs rangées de cellules fusiformes.

Immédiatement au-dessous de ces cellules, on aperçoit de nombreux vaisseaux très-rapprochés les uns des autres, et le plus souvent remplis de globules rouges. Quelques-uns d'entre eux présentent de grandes dimensions; leurs parois sont formées par plusieurs couches de cellules fusiformes. Ils s'avancent au milieu des petites saillies de l'endocarde dont nous venons de parler. Ailleurs, ils sont en contact presque immédiat avec les dépôts fibrineux, dont ils ne sont séparés que par l'épaisseur de leurs parois. Du reste, sur beaucoup de points, on voit le tissu de l'endocarde se continuer directement avec les végétations fibrineuses; parfois on trouve au point de contact, des amas assez considérables de cellules embryonnaires plus ou moins développées. — Les dépôts fibrino-globulaires se présentent sous la forme, tantôt de végétation à base large, tantôt de petites houppes pédiculées. Elles sont constituées principalement par de la fibrine formant des réseaux à mailles plus ou moins larges, et dont les travées habituellement épaisses, sont colorées en jaune-rougeâtre par le carmin. Ces mailles sont elles-mêmes remplies fréquemment par un fin réticulum de fibrine ou par des globules blancs. Ceux-ci forment en plusieurs points des amas plus ou moins considérables: tantôt ils sont bien conservés et facilement reconnaissables, tantôt ils sont granuleux, et cessent de se colorer nettement; on voit aussi au milieu des mailles de fibrine des cellules énormes, avec un protoplasma granuleux et un noyau fortement coloré par le carmin. La périphérie des caillots est constituée par des lames de fibrine en plusieurs points; cependant, on voit à la surface de fines travées de fibrine, englobant des globules blancs. Signalons en outre, plusieurs accumulations de globules rouges en divers points de la périphérie.

Le tissu conjonctif du myocarde est également très-altéré; outre les larges travées qui se continuent avec le tissu de l'endocarde, il existe une sclérose péri-fasciculaire très-acquée. Et l'on voit même en beaucoup de points, le tissu conjonctif pénétrer dans l'épaisseur des faisceaux et dissocier leurs fibres. Cette sclérose intra-fasciculaire est surtout très-nette sur une coupe parallèle à la surface de l'endocarde et

comprenant les piliers : ceux-ci sont entourés d'une gaine de tissu conjonctif et élastique extrêmement épaisse ; la membrane externe des vaisseaux présente de même un développement considérable.

En résumé, il s'agit ici d'une endocardite chronique à marche progressive, comme le témoignent le développement anormal des vaisseaux et la prolifération cellulaire à la surface de l'endocarde. Les végétations sont formées par les prolongements de l'endocarde et surtout par les dépôts de fibrine et de globules blancs ; la sclérose atteint également le myocarde. Vu l'absence d'affections rhumatismales antérieures, il est rationnel d'attribuer ces lésions à l'alcoolisme ; et cette opinion est corroborée par l'existence des scléroses du foie, de la rate et des reins.

35. Hernie crurale étranglée survenant chez une femme qui portait depuis longtemps une adénite crurale avec empatement de la région. — Difficulté du diagnostic. — Variété rare d'étranglement : placement latéral de l'intestin ; par M. CHARLES LEROUX, interne des hôpitaux (1).

Lec..., Félicité, 37 ans, entre le 27 janvier 1877 dans le service de M. DUMONT-PALLIER, envoyée par un médecin de la ville comme étant atteinte d'étranglement interne.

A 9 heures du matin, en effet, elle présente tous les signes d'une obstruction intestinale. La malade est abattue, les traits sont profondément altérés, les yeux excavés, entourés d'un cercle bleuâtre, le nez pincé, le pouls insensible, la température basse (35,5 dans l'aisselle) ; les extrémités sont froides, cyanosées, le ventre est ballonné et offre une sonorité exagérée, le diaphragme est refoulé, la respiration gênée, les mouvements respiratoires à peine sensibles ; les battements du cœur sont faibles, réguliers, fréquents. La malade répond parfaitement, mais d'une voix éteinte, aux questions qu'on lui pose et on recueille non sans peine les renseignements suivants : vers le mois d'août dernier, elle fit un effort en se chaussant et ressentit une douleur dans l'aîne. Quelques jours après, nous dit-elle, un médecin constate dans la région inguinale droite une adénite suppurée, pratique une incision qui donne alors issue à du pus. La cicatrisation s'effectue, mais cependant il reste dans la région un certain degré d'empatement et d'induration.

Le 19 janvier, c'est-à-dire six mois après, elle fait un nouvel effort et ressent une douleur abdominale assez vive, puis

(1) La pièce anatomique a été déposée au musée Dupuytren.

elle est prise quelque temps après de nausées, de vomissements alimentaires, bilieux, qui persistent ainsi plusieurs jours. Le 24, les garde-robes sont complètement supprimées ; aucun gaz ne sort plus par l'anus et le ventre se ballonne, les traits s'altèrent. Le 26 au soir, premiers vomissements fécaloïdes. Le 27, son état est tellement grave qu'elle se fait apporter à l'hôpital dans la situation désespérée où on la trouve au moment de la visite.

En présence de ces symptômes, on pense immédiatement à une obstruction intestinale. Mais y a-t-il hernie, y a-t-il étranglement interne ? On cherche les régions le plus souvent atteintes de hernie, c'est-à-dire les régions inguino-crurales. Du côté gauche, on ne constate absolument rien, mais, à droite, à la base du triangle de Scarpa, immédiatement au-dessous de l'arcade fémorale, on trouve la peau légèrement tendue, sans changement de coloration, soulevée par une tumeur rénitente en un point, presque fluctuante en un autre, et tout autour un empâtement considérable. Y a-t-il là quelque hernie crurale, ou bien n'a-t-on affaire qu'à un empâtement chronique autour d'une vieille adénite suppurée, coïncidant avec un étranglement interne ? Le fait reste douteux.

Rien dans les autres régions, rien au niveau du canal inguinal. Il y a donc à hésiter entre une hernie crurale, dont on n'a aucun symptôme tangible, et un étranglement interne. Toujours est-il que dans ces circonstances, M. Dumontpallier demande l'avis de MM. Verneuil et Marchand. Après un examen attentif, le diagnostic reste douteux. M. Verneuil et M. Marchand hésitent entre étranglement interne et hernie crurale, les caractères de cette dernière ne pouvant être perçus. Dans tous les cas, quelle est la conduite à tenir ? L'état de la malade ne permet pas de temporiser, il faut agir. M. Verneuil est d'avis d'aller dans la région crurale voir ce qui se passe et de modifier sa conduite suivant les circonstances qui s'offriront, quitte à faire ensuite l'entérotomie pour supprimer un des facteurs de l'affection : l'obstacle au cours des matières, si le second facteur, l'étranglement, ne siège pas dans la région crurale. Il conseille, en outre, de relever la température de la malade par l'alcool à l'intérieur et les injections sous-cutanées d'éther.

M. MARCHAND à qui était confiée la malade, voyant son état s'aggraver rapidement, sa température baisser, la syncope menacer de mettre fin à la scène, court au plus pressé et rétablit le cours des matières en pratiquant l'entérotomie par le procédé de Nélaton. L'opération a lieu à onze heures. Il fait à trois ou quatre travers de doigt de l'arcade et parallèlement une incision de quelques centimètres, incise couche

par couche jusqu'au péritoine qu'il coupe sur la sonde cannelée. Il sort aussitôt par cette boutonnière une quantité notable de liquide péritonéal. Au moment de saisir l'intestin, un effort de la malade fait sortir de la plaie deux ou trois anses intestinales que l'on réduit facilement. L'intestin est rouge, violacé et légèrement ramolli. M. Marchand le saisit et le fixe rapidement aux bords de la plaie abdominale; le sectionne et donne issue à une assez grande quantité de liquide brunâtre, répandant une odeur fécaloïde. Toutefois on s'attendait à un écoulement de matières plus considérable. L'opération terminée la malade semble un peu soulagée; le ventre est encore assez gros; le pouls n'est toujours pas perceptible. A midi, on lui fait prendre quelques cuillerées de potion de Todd et on pratique une injection de 10 gouttes d'éther. Avant l'opération la malade n'avait pas 36°, une demi-heure après la première injection sous-cutanée, le thermomètre indique 37°, (T. A.) A 1 heure de l'après-midi. T. 38°; on sent à peine le pouls; elle se trouve mieux et semble moins abattue. A 1 heure 1/2, deuxième injection d'éther. — A deux heures la température est à 38, et lorsqu'à trois heures on s'apprête à lui faire la troisième injection, on la trouve morte.

AUTOPSIE. — A l'ouverture de l'abdomen, il s'écoule une certaine quantité de liquide péritonéal. On trouve les anses intestinales agglutinées; çà et là quelques dépôts fibrineux très-mous, peu adhérents. Le péritoine pariétal est fortement injecté. Il y a une péritonite généralisée tout-à-fait au début et encore peu intense. L'intestin grêle s'est engagé dans l'anneau crural vers la partie moyenne de sa longueur. Toute la portion située au-dessus de la hernie est dilatée, remplie de gaz et de liquide fécaloïde. Les parois de cette portion sont violacées, fortement injectées, ramollies. Au contraire toute la partie d'intestin grêle située au-dessous est pâle, revenue sur elle-même. La suture de l'intestin à la paroi abdominale siège à un mètre au-dessus de l'anse étranglée.

Lorsqu'on regarde l'intestin au niveau du pli crural droit, on voit qu'il ne s'est engagé dans le canal crural qu'une partie de sa circonférence. Il n'y a là qu'un pincement latéral, aussi sa cavité, quoique fortement diminuée, n'est pas complètement oblitérée; on peut faire passer le petit doigt du bout supérieur vers le bout inférieur en contournant l'éperon formé en ce point. Le mésentère est tendu; il y a là un coude très-marqué de l'intestin. La portion herniée passe au travers d'un orifice très-serré, refoulant au-devant d'elle le péritoine qui, à ce niveau, offre un plissement rayonné. Le péritoine est, de plus, fortement injecté avec quelques taches ecchymotiques.

L'intestin ouvert au niveau du point pincé présente les lésions suivantes : la muqueuse est injectée, violacée, d'autant plus noirâtre qu'on s'approche du point pincé; elle est plissée, ramollie et offre çà et là des ulcérations très-nettes qui ne semblent pas s'étendre au-delà du tissu sous-muqueux.

L'orifice par lequel s'engage l'intestin offre les rapports suivants : en haut, l'arcade crurale, en bas le tissu fibreux qui revêt la crête pectinéale, en dehors la veine, en dedans le ligament de Gimbernat; autrement dit, c'est par l'orifice crural même que s'est engagé l'intestin. On a une hernie crurale moyenne.

La dissection de la région crurale montre les couches suivantes : la peau est adhérente aux parties sous-jacentes; on la détache avec peine; le tissu cellulaire sous-cutané est épaissi, induré dans toute la région, formant un bloc dur avec les organes sous-jacents. On découvre ensuite (sans avoir rencontré jusqu'alors, si ce n'est assez loin sur les côtés, de feuillet aponévrotique) un immense ganglion de 3 centimètres de diamètre et d'un centimètre d'épaisseur qui se confond littéralement avec d'autres ganglions plus petits; le tout englobé dans du tissu induré. En fendant ce ganglion, on voit qu'il tend à se ramollir profondément et en pénétrant plus loin en arrière dans une poche d'où s'échappe un pus noir verdâtre semi-liquide d'odeur infecte, fécaloïde, ce pus s'étend latéralement au-dessous de tout ce tissu induré déjà signalé et remonte en haut jusqu'à l'arcade générale en enveloppant complètement, sauf en arrière, les parties que l'on rencontre après l'avoir évacué. Ce pus retiré, on voit que la cavité qui le contenait offre des parois déchiquetées dans la plus grande partie de son étendue; mais au fond on rencontre une saillie noirâtre qui n'est autre que la portion herniée entourée de son sac.

Le sac herniaire adhère profondément aux parties voisines mais, dans le reste de son étendue, il est entouré de pus noirâtre. Le fond du sac offre un orifice irrégulier qui fait communiquer sa cavité propre avec la cavité purulente périphérique. Son collet repose sur le tissu fibreux qui revêt la crête pectinéale et répond à l'arcade fémorale en haut, à la veine en dehors et au ligament de Gimbernat en dedans. La cavité du sac contient du pus analogue au précédent et la portion d'intestin herniée. Cette dernière, située au delà du ligament de Fallope est du volume d'une noisette, offre une coloration violacée noirâtre, est assez ramollie, se déchirant facilement, mais ne présentant aucune perforation. Elle adhère, par son extrémité, au fond du sac par une bride assez résistante et baigne dans le pus. Au niveau de l'anneau, l'intestin est for-

tement appliqué sur le collet plissé du sac et c'est en forçant qu'on passe entre lui et l'intestin une sonde cannelée; il n'y a cependant pas de véritable adhérence, il n'y a qu'agglutinement.

En ce point, l'intestin est très-noir, offre un sillon profond et semble prêt à se perforer. La muqueuse à ce niveau est très-ramollie, noirâtre, ulcérée, plissée, laissant un tout petit orifice qui fait communiquer la cavité intestinale intra-abdominale avec la cavité de la hernie.

Étant données ces dispositions anatomiques, on peut dire que l'étranglement siégeait au niveau du collet qui, lui-même, répondait à l'orifice crural. En résumé, il y a là une adénite avec périadénite anciennes recouvrant et masquant un petit sac herniaire.

Dans l'intestin grêle, on trouve une assez grande quantité de liquide fécaloïde. Pas de lésions dans les autres viscères, sauf un peu de congestion pulmonaire.

RÉFLEXIONS. — Cette observation nous paraît intéressante à trois points de vue différents :

1° Le diagnostic, en raison de la disposition même des lésions anatomiques, offrait une véritable difficulté, puisque des chirurgiens des plus expérimentés ont pu hésiter. Aussi faudra-t-il désormais se défier de ces vieilles lésions dans des régions suspectes, quand il existe des symptômes d'étranglement;

2° Les pincements latéraux de l'intestin ne sont pas très-fréquents. Dans ce cas, il y eut hernie et étranglement d'une portion restreinte de la circonférence d'une anse intestinale avec persistance du conduit, rétréci, il est vrai; mais encore perméable aux matières et surtout aux gaz. Or, on a pu voir dans la partie clinique de cette observation qu'il n'y avait pas eu depuis plusieurs jours issue de matières fécales, ni de gaz par l'anus. Il y a donc une question intéressante de physiologie pathologique à se poser.

Pourquoi ni les matières liquides, ni les gaz ne passaient-ils pas, puisque le conduit était encore en partie perméable? Il est très-probable qu'il y avait paralysie de l'intestin, mais quelle en était la nature? La paralysie était-elle réflexe ou bien était-elle due au début de péritonite constatée à l'autopsie? Les deux hypothèses sont probables et toutes deux, nous le croyons, devaient contribuer à laisser stagnantes les matières et les gaz; aussi avons-nous vu qu'au moment de l'ouverture de l'intestin très-peu de matières se sont écoulées au dehors et cependant, à l'autopsie, on en a encore trouvé une assez grande quantité dans la cavité de l'intestin, au-dessus de l'étranglement.

3° Les injections sous-cutanées d'éther conseillées par M. Verneuil, paraissent avoir relevé la température qui n'était pas à 36° avant l'opération et qui, une heure après, avait atteint 38°.

M. BERGER. Les pincements latéraux de l'intestin sont très-rare. Je n'en connais que quatre cas. Ordinairement, l'intestin était pincé sur une grande étendue de sa circonférence, et malgré cela, les malades ont eu de la diarrhée qui même a pu être cholériforme. Dans le fait qui nous est présenté, il y a eu, tout au contraire, une constipation absolue.

M. DESPRÉS a vu dans le service de Velpeau le fait suivant, qu'il faut ajouter à ceux dont parle M. Berger : Une femme de 30 ans, était entrée à la Charité, dans le service de Velpeau, pour une hernie crurale très-petite, étranglée depuis deux jours. La malade rendait du gaz par l'anus, et Velpeau avait jugé qu'il s'agissait d'un étranglement peu serré et ne fit ni taxis ni opération. La malade eut dans les trois jours une petite selle et rendait toujours quelques gaz. Le cinquième jour de l'étranglement, la malade changea subitement, prit le facies péritonéal et mourut. A l'autopsie, on trouva un pincement de la fin de l'intestin grêle. Toute la portion pincée était gangrenée, des matières fécales étaient épanchées dans le ventre, il restait une perforation de l'étendue d'une pièce de un centime, qui occupait le tiers du calibre de l'intestin.

Quant à la constipation, il y a lieu de croire, quand on la rencontre, que depuis plusieurs jours il existe de la péritonite. On voit la constipation se produire dans ces conditions après l'ovariotomie, à la suite des pelvi-péritonites. Dans les simples pincements, il peut y avoir des selles et des gaz peuvent être rendus.

M. BERGER. M. Le Dentu insiste beaucoup sur ce fait que le passage des matières du bout supérieur dans le bout inférieur demeure possible.

M. VERNEUIL. Il y a certainement, sur cette pièce, place pour le passage des matières, et néanmoins il n'en passait pas. Dans des cas de ce genre, on a vu parfois la diarrhée succéder à la constipation. Je crois qu'il faut tenir compte, dans l'interprétation de ces faits de l'état de contracture dans lequel se présente l'intestin, du rétrécissement dynamique qui accompagne l'étranglement. Lorsque nous pratiquons

l'opération de l'anus contre nature, il nous arrive souvent de ne voir s'écouler après l'ouverture de l'intestin qu'une quantité insignifiante de matières ; puis quelque temps après il s'en écoule une nouvelle quantité. De même, lorsque nous ponctionnons l'intestin dans les cas d'étranglement, nous voyons une seule anse se vider, une dépression locale de la paroi abdominale se produire à ce niveau, et tout le reste de la masse intestinale demeure ballonné. Il y a donc, dans ces conditions pathologiques, des rétrécissements dynamiques et momentanés de l'intestin. Au contraire, ponctionnez l'intestin distendu d'un cadavre, et vous verrez toute la masse intestinale se vider : c'est qu'il n'y a plus le rétrécissement sur lequel j'insiste.

M. BERGER. Ce rétrécissement dynamique dont parle M. Verneuil, était facile à constater, même à la vue, dans une opération de hernie congénitale à laquelle j'ai assisté. Il fallut, pour faire sortir les matières, les pousser avec les doigts.

M. VERNEUIL pense que les injections hypodermiques d'éther employées chez le malade qui a fourni cette pièce pour relever sa température avant l'opération, pourront rendre de véritables services. Il a vu différents cas dans lesquels ces injections (qui ne sont nullement douloureuses, et qui, à la dose de dix gouttes, peuvent être répétées autant que cela est nécessaire), ont relevé la température d'une façon remarquable. C'est un moyen qu'il recommande d'employer dans les cas où il est indispensable de relever la température avant d'opérer.

36. Symphyse cardiaque ; par M. BUTRUILLE, interne provisoire des hôpitaux.

S. . . . Pierre, âgé de 13 ans $\frac{1}{2}$, est entré le 23 janvier 1877, dans le service de M. CADET DE GASSICOURT, à l'hôpital Sainte-Eugénie. Les renseignements fournis par le père de cet enfant se réduisent à peu de chose : il affirme néanmoins que l'enfant n'a jamais eu ni scarlatine, ni fièvre éruptive, qu'il n'a jamais fait aucune maladie et que celle dont il est actuellement atteint a débuté il y a environ six semaines.

Interrogé à son tour, l'enfant précise davantage le début de la maladie et déclare qu'il a coïncidé avec une immersion un peu prolongée dans l'eau froide, alors qu'il voulait retirer de la Seine, un enfant qui se noyait. Mais le petit malade fait suivre cette assertion de paroles mal coordonnées qui permettent de

douter de la vérité de ses affirmations. Néanmoins le début des accidents se serait produit sans trop de brusquerie : bouffissure de la face précédant l'œdème des extrémités, pas de frisson ni de douleur, insomnie, céphalalgie, faiblesse s'accroissant tous les jours.

Le soir de son entrée, dyspnée excessive, légère agitation, la tête retombe en arrière, asphyxie; en un mot, tous les signes de l'asystolie. Cœur volumineux, dans les deux poumons, râles nombreux, qui rendent impossible l'auscultation du cœur, toux fréquente. (Ventouses sèches, potion de chloral, 1 gr.) — Beaucoup d'albumine dans les urines.

24 janvier. L'enfant asphyxié. Anasarque généralisée. Face, poitrine, mains, jambes et pieds très-œdématisés, surtout face et extrémités. — Traces d'albumine. — Dyspnée intense, extrême. Yeux à moitié ouverts; lèvres pâles. Bronchite et congestion pulmonaire. Râles moyens, disséminés.

Le cœur est volumineux et paraît avoir 8 centimètres de longueur et s'étendre jusqu'à la partie moyenne du sternum. Souffle évident à la pointe, probablement au premier temps; du reste, l'examen est très-incomplet, car l'enfant jette constamment sa tête en arrière et paraît à chaque instant sur le point d'asphyxier. — Régime lacté. Oxymel scillitique. Ventouses. — On porte le diagnostic : symphyse cardiaque. L'enfant meurt le 24 janvier, à 9 h. du soir, sans nouveaux symptômes.

AUTOPSIE. Adhérence complète du péricarde à la partie antérieure au niveau de la pointe. A la partie moyenne et à la base ainsi que sur toute l'étendue de la face postérieure, les feuillets péricardiques sont réunis par places, par d'épaisses fausses membranes, qui ressemblent çà et là, à des colonnes; ils sont séparés sur d'autres points.

La poche péricardique renferme du liquide séro-sanguinolent, environ 100 grammes. Les deux feuillets du péricarde et surtout le feuillet viscéral sont couverts d'énormes fausses membranes qui lui donnent un aspect fortement réticulé. Ces fausses membranes sont les unes rouges, les autres blanc-jaunâtres et partout le péricarde a perdu son poli. Les parois du péricarde sont très-épaissies et ont au moins 4 mill. d'épaisseur.

Longueur du cœur.....	13 cent.
Circonférence du cœur au niveau de la cloison auriculo-ventriculaire.....	31 cent.
Parois du ventricule gauche.....	14 mill.
Parois du ventricule droit.....	3 à 4 —
Orifice mitral (circonférence).....	13 cent.
Orifice tricuspidé.....	11 —

Le cœur droit (oreillette et ventricule) renferme des caillots. On en trouve également dans le cœur gauche. L'endocarde paraît parfaitement sain, ainsi que les valvules.

Foie muscade; poumons, très-congestionnés avec de petites suffusions sanguines, de véritables petites hémorrhagies sous pleurales; *reins* injectés, gros, volumineux, ramollis, de 12 c. de longueur et à peu près autant de circonférence transversale.

L'examen histologique des reins, fait par M. GOMBAUT, a décelé une congestion très-intense du rein au niveau des pyramides : en ces points, les tubes collecteurs sont aplatis par le fait de la congestion des vaisseaux voisins, gorgés de globules sanguins. On a aussi constaté une congestion intense des glomérules, les tubes contournés présentent leur épithélium granuleux sans que celui-ci ait subi de dégénérescence graisseuse; pas d'hypertrophie appréciable du tissu conjonctif; pas de ces dépôts de globules blancs signalés dans les reins scarlatineux. En un mot, les lésions des reins ne semblent pas être sous la dépendance d'une scarlatine; elles relèvent plutôt d'une influence mécanique et de la congestion veineuse qu'on rencontre ordinairement dans les maladies du cœur.

En résumé c'est la symphyse cardiaque qui a amené la mort. Mais à quoi rattacher cette péricardite? quel mode de début lui assigner?

L'examen histologique du rein ne nous permet pas de le considérer comme une de ces phlegmasies viscérales qu'on rencontre dans le mal de Bright; nous ne trouvons dans les antécédents du malade aucune trace de rhumatisme, et nous ne pouvons pas non plus admettre qu'avec de telles adhérences et une telle hypertrophie du muscle cardiaque, le début de cette péricardite ne remonte qu'à six semaines, coïncidant avec l'immersion du petit malade dans l'eau froide. Le début a donc passé inaperçu et la maladie a dû rester latente pendant un temps assez long.

37. Coxalgie ancienne guérie par ankylose; déformations du fémur. Bassin oblique ovalaire; par M. FÉRÉ, interne provisoire des hôpitaux.

Cette pièce provient de l'autopsie du nommé Mét... Jacques, âgé de 70 ans, décédé le 27 novembre 1876, au n° 9 de la salle Sainte-Foix (infirmerie de Bicêtre, service de M. BOUCHARD).

Cet individu affirmait s'être bien porté jusqu'à l'âge de 8 ans et il ne présentait alors, disait-il, aucune déviation soit des membres, soit du tronc. A cette époque, il fut renversé par une voiture et tomba sur la hanche gauche; à partir de cet

accident, il éprouva de la fatigue et des douleurs dans l'articulation et dans le membre, et au bout de quelques semaines, la marche et la station devinrent impossibles. Il resta couché pendant 7 ou 8 mois, au bout desquels son membre inférieur gauche avait pris la position vicieuse qu'il a conservée depuis. Jamais il n'a eu de foyer de suppuration ouvert, et on ne trouve aucune cicatrice au niveau de la hanche. Le traitement paraît avoir consisté à peu près uniquement dans le repos. Un an environ après le début de la maladie il commença à marcher avec des béquilles, puis avec une canne et un soulier élevé; mais la marche est toujours restée lente et pénible.

Depuis l'âge de 10 ans il n'eut point d'autre maladie; il ne porte point de trace de scrofule. La santé générale s'est maintenue assez satisfaisante jusqu'à ces dernières années. Il toussait habituellement depuis trois ou quatre ans. Enfin il s'est affaibli dans ces derniers temps et depuis trois mois il gardait le lit. Il offre les signes fonctionnels et physiques de la bronchite chronique avec dilatation; mais ce qui cause surtout son dépérissement, c'est la présence d'une eschare sacrée qui, dans les derniers jours de la vie, a dépassé 10 centimètres de diamètre et dont le fond laisse l'os à nu. Je n'insisterai point davantage sur les causes de la mort.

Le malade était ordinairement dans le décubitus dorsal, un peu incliné sur le côté gauche; le membre inférieur sain dans l'extension et l'abduction. La cuisse gauche était dans l'abduction forcée et dans la rotation en dehors, la jambe gauche dans la flexion, de sorte que le mollet droit reposait sur le talon gauche. Quand on étendait les deux jambes, le talon gauche restait à près de neuf centimètres au-dessus du droit; mais l'articulation coxo-fémorale gauche étant complètement immobilisée, il était impossible de ramener les deux membres dans une direction parallèle à l'axe pour mesurer le raccourcissement réel. Les deux épines iliaques antéro-supérieures paraissaient sensiblement sur un même plan horizontal, mais la gauche était plus en arrière. Le pli fessier était remonté à gauche de près de deux centimètres. La colonne vertébrale présentait, outre une forte ensellure lombaire, deux courbures latérales très-prononcées, une supérieure ou dorsale à convexité gauche, et une inférieure ou lombaire à convexité droite.

AUTOPSIE. — Je n'insisterai pas sur l'état des organes splanchniques; je noterai seulement la dilatation monoliforme des bronches prédominant à gauche où l'on trouve plusieurs petites cavités qui contiendraient une noisette, et la dilatation du cœur droit avec une légère insuffisance tricuspide.

L'immobilité prolongée (60 ans) d'un segment important

du membre inférieur gauche devait faire songer à la possibilité d'une atrophie partielle des circonvolutions motrices de l'hémisphère cérébral droit, mais l'examen le plus minutieux fait avec des points de repère pris sur des chevilles enfoncées au travers du crâne ne m'a rien montré d'appréciable.

Hanche gauche. Tous les muscles qui entourent l'articulation coxo-fémorale sont amaigris et jaunes. Les muscles pelvi-trochantériens sont presque complètement graisseux; il en est de même des fessiers; le psoas iliaque est aussi très-jaune et beaucoup moins volumineux dans les deux portions que son congénère; la dégénération paraît beaucoup moins prononcée aux muscles de la cuisse, surtout aux adducteurs,

Il existe une ankylose osseuse complète; le col fémoral très-raccourci est complètement masqué par des stalactites osseuses développées sur le pourtour de la cavité cotyloïde. L'une très volumineuse forme une sorte de bourrelet antéro-postérieur confondu en dehors et en avant avec le grand trochanter et faisant corps en dedans dans toute son étendue avec la demi-circonférence supérieure du rebord cotyloïdien; elle se termine en avant par un bec saillant, épais de 2 centimètres, elle s'atténue en arrière et finit par se confondre avec la partie postéro-inférieure du bourrelet cotyloïdien; dans sa partie postéro-externe, elle est libre et forme avec la cavité digitale du grand trochanter dévié en dedans et en arrière une gouttière large seulement de 5 millimètres et profonde de plus de 2 centimètres dans laquelle sont pressés les tendons des muscles pelvi-trochantériens. En avant et en bas on voit le petit trochanter réuni par une autre production osseuse à la partie antéro-inférieure du bourrelet cotyloïdien, au-dessus on trouve une petite cavité remplie de graisse diffuse, dont le siège correspond à la grande échancrure de la cavité cotyloïde.

Le *fémur* lui-même présente des déformations considérables: à 13 centimètres au-dessous du grand trochanter, il se dévie en formant un angle obtus ouvert en dedans. Cette courbure est telle que si on mène une ligne droite tangente au bord externe de la partie supérieure du fémur, cette ligne passe à 65 millimètres en dehors du condyle externe; la partie la plus saillante du condyle interne se trouve à peu près sur le prolongement d'une ligne verticale passant par le sommet de l'ischion droit. L'os présente un raccourcissement notable:

Distance du sommet du grand trochanter à la dépression intercondylienne, à droite.....	415 mm.
— gauche.....	400

On observe aussi des différences de volume des deux côtés:

Circonférence à la partie moyenne du corps du fémur droit.....	86 mm.
Circonférence à la partie moyenne du corps du fémur gauche.....	105

En outre le fémur gauche dans sa partie supérieure est aplati obliquement d'avant en arrière et de dehors en dedans, de sorte qu'il n'a d'avant en arrière qu'une épaisseur de 28 mm., tandis qu'il en a 41 transversalement. De plus, il est tordu sur son axe : le grand trochanter s'étant rapproché de la partie postérieure de l'ischion, tandis que le petit trochanter s'est accolé à la portion antérieure du même os, la ligne âpre du fémur devrait être tournée tout-à-fait en dedans; c'est ce qu'on voit en effet dans le tiers supérieur du fémur, tandis que dans le tiers inférieur elle a presque repris sa position en arrière; aussi la direction des condyles fémoraux est-elle beaucoup moins déviée que l'état de l'articulation coxo-fémorale pourrait le faire supposer. — La longueur des os de la jambe était la même des deux côtés.

Du côté du *bassin*, on observe aussi des déformations très-notables : l'éminence iléo-pectinée gauche est comme émoussée. Sur la surface interne de l'os iliaque du même côté, la région qui correspond au fond de la cavité cotyloïde présente une tuméfaction régulièrement convexe faisant une saillie de 5 ou 6 mm. dans l'excavation.

L'état du *sacrum* est surtout remarquable. Dans sa moitié gauche, le corps de cet os est réuni à la portion correspondante de la dernière vertèbre lombaire par une soudure osseuse qui forme un bourrelet saillant. En outre l'aile gauche du sacrum est confondue en haut avec l'apophyse, transverse de cette même vertèbre; il reste toutefois entre les deux os un trou très-analogue aux trous sacrés par sa position, sa forme et ses dimensions, et par où passe le cordon nerveux. La soudure semble s'être effectuée par une production ostéophytique qui est devenue lisse par le temps et imite assez bien la forme de la partie supérieure de l'aile sacrée. De telle sorte que si l'on cachait la partie droite du sacrum et de la colonne lombaire on pourrait croire que le sacrum est formé de six pièces et présente cinq trous latéraux; d'autant mieux que le véritable promontoire ne correspond point à l'articulation sacro-lombaire, mais bien à l'articulation des deux dernières vertèbres lombaires.

Le corps de la *dernière lombaire* lui-même est notablement déformé; il a 35 mm. d'épaisseur à gauche, et seulement 28 à droite; c'est ce qui contribue à expliquer la forte inclinaison à droite de la partie inférieure de la colonne lombaire.

L'extrémité de l'apophyse transverse gauche de cette vertèbre soudée au sacrum fait partie de l'articulation sacro-iliaque; de sorte qu'à gauche la symphyse sacro-iliaque présente une hauteur de 68 mm., tandis qu'à droite elle en a 63 seulement.

Au voisinage de l'articulation sacro-iliaque droite on trouve encore des productions osseuses pathologiques. A l'intérieur du bassin, au niveau de la ligne innominée, le bord antérieur de la surface auriculaire du sacrum forme sur une longueur de 3 cent. une saillie de 3 mm. qui va en s'atténuant en haut et en bas. Au fond de l'échancrure sciatique droite on voit une saillie osseuse lisse, du volume d'une noisette, qui, du côté de l'excavation, recouvre en partie l'extrémité inférieure de la symphyse sacro-iliaque.

Mais ce qu'il y a surtout d'intéressant à étudier sur cette pièce, ce sont les modifications que le bassin a éprouvées dans sa forme générale. Ces modifications sont rendues très-appréciables par la mensuration.

Grand bassin.

Diamètre transverse du milieu d'une crête iliaque à l'autre.....	220 mm.
— d'une épine iliaque antéro-supérieure à l'autre.....	196
— d'une épine iliaque antéro-inférieure à l'autre.....	182
Hauteur de l'aile iliaque du milieu de la crête à la ligne innominée, à droite.....	95
— à gauche.....	90
De la symphyse pubienne à l'épine iliaque antéro-inférieure, à droite et à gauche.....	97
De l'épine iliaque antéro-inférieure à l'épine iliaque antéro-supérieure, à droite.....	40
— à gauche.....	45
De l'épine iliaque antéro-supérieure à l'épine iliaque postéro-supérieure, à droite.....	143
— à gauche.....	139

Petit bassin.

Détroit supérieur.

Diamètre antéro-postérieur.....	92 mm.
— oblique droit.....	118
— oblique gauche.....	126
— transverse.....	130
Distance sacro-pectinée droite.....	70
— gauche.....	86

De la symphyse sacro-iliaque à la symphyse pubienne à droite.....	107 mm.
à gauche.....	100
Demi-circonférence droite.....	180
Demi-circonférence gauche.....	195

Il semble y avoir contradiction entre les deux dernières mensurations; elle tient à ce que la symphyse pubienne ne répond pas à la partie moyenne du sacrum, mais est fortement déviée à gauche. L'ensemble de ces chiffres montre bien que le détroit supérieur présente la déformation dite oblique ovalaire et que la moitié la plus développée est la moitié gauche qui correspond à l'articulation malade.

Détroit inférieur.

Diamètre coccyx-pubien.....	83 mm.
— bi-ischiatique.....	112
Distance du sommet du coccyx aux épines sciatiques droite et gauche.....	55
Distance de la symphyse pubienne aux épines sciatiques droite et gauche.....	95
Hauteur du sacrum.....	80
Hauteur latérale du petit bassin, à droite.....	90
— à gauche.....	95
Hauteur de la symphyse pubienne.....	43
Largeur du corps du pubis droit.....	36
— gauche.....	34
Hauteur de la branche transverse du pubis droit..	16
— gauche.....	14
Epaisseur de la branche transverse du pubis droit.....	13
gauche.....	15
Largeur de la branche descendante à droite et à gauche.....	20
Epaisseur de cette branche à droite et à gauche...	12
Du sommet de la tubérosité sciatique au bord supérieur de la branche transverse du pubis à droite	98
— à gauche.....	95
Diamètre longitudinal du trou sous-pubien à droite et à gauche.....	52 mm.
Diamètre transverse à droite.....	38
— à gauche.....	35
Hauteur de l'arcade pubienne.....	60
Largeur de sa base.....	120

L'axe prolongé de la symphyse pubienne ne tombe pas sur le milieu de la base de l'arcade, mais passe à 63 millimètres

de l'ischion gauche et seulement à 57 du droit. L'ischion gauche est donc dévié en dehors.

Quand le bassin repose sur un plan par les deux ischions et le coccyx, si on dispose dans l'intérieur du bassin, à l'aide de l'équerre une règle verticale tangente à la ligne innommée, on voit que, du côté droit, cette règle est à 60 millimètres du milieu de la crête iliaque, tandis qu'elle n'est qu'à 53 millimètres du même point de la crête iliaque gauche. La crête iliaque gauche est donc déviée en dedans.

Il résulte des deux mensurations qui précèdent, que l'os iliaque gauche semble avoir basculé dans sa totalité; et la déviation de la partie supérieure en dedans, est sensiblement égale à la déviation de la partie inférieure en dehors. Malgré la disproportion de ses deux parties (hauteur de l'aile iliaque, hauteur du petit bassin), la hauteur totale de l'os reste égale à celle de son congénère.

L'os iliaque gauche est non-seulement dévié, mais il paraît encore moins développé dans son épaisseur, comme le montrent quelques-uns des chiffres précédents, auxquels on peut ajouter les suivants :

Épaisseur de la crête iliaque, à droite.....	18 mm.
— à gauche.....	14
Épaisseur au niveau de l'épine iliaque postéro-supérieure, à droite.....	22
— à gauche.....	17
Épaisseur de la tubérosité ischiatique, à droite....	25
— à gauche....	22
Distance des épines iliaques postérieures, à droite..	37
— à gauche.	34

En rapprochant ce dernier chiffre de ceux qui expriment la distance des épines iliaques antérieures et la hauteur de l'aile iliaque, on voit que le développement de cette partie de l'os a éprouvé un trouble notable; tandis que la partie antérieure est plus haute, la partie moyenne et la partie postérieure sont moins élevées que du côté opposé.

Dans les mesures des diamètres du bassin qui précèdent, je me suis servi du point de repère habituel; l'articulation sacro-vertébrale et ainsi le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur a été de 92 millimètres; mais le milieu de l'articulation du corps de la quatrième lombaire avec celui de la cinquième, est seulement à 88 millimètres de la symphyse; en réalité, le promontoire est donc à l'union des deux dernières vertèbres lombaires. Or, la colonne lombaire est fortement inclinée à droite et on a :

Du milieu de l'articulation des deux dernières vertèbres lombaires à l'épine iliaque antéro-supérieure	
droite	93 mm.
gauche.....	120
Du même point à l'éminence iléo-pecturée droite.	
	65
— gauche.	85
De la partie médiane et supérieure du corps de la troisième lombaire au milieu de la crête iliaque,	
à droite.....	83
à gauche.....	135

RÉSUMÉ. — Cette pièce présente :

1° Une ankylose osseuse de l'articulation coxo-fémorale avec astéophytes.

2° Une déformation du fémur caractérisée par une courbure angulaire, un léger rétrécissement, une augmentation de volume, un aplatissement antéro-postérieur et une torsion sur son axe.

3° Une déformation oblique obulaire du bassin dont les os présentent des productions ostéophytiques sur divers points. (La partie la plus large du bassin est du côté de la hanche malade.)

4° Une soudure partielle du sacrum avec la dernière vertèbre lombaire.

5° Une forte inclinaison en avant et à droite de la cinquième vertèbre lombaire, de sorte que le promontoire est transporté de la partie inférieure à la partie supérieure du corps de cette vertèbre.

38. Rétrécissement cicatriciel de l'œsophage. — Abscès péri-œsophagien; par M. QUÉNU, interne des hôpitaux.

R... Louise, âgée de 40 ans, avale par imprudence, au commencement de mai 1876, une solution de potasse caustique. Pendant une vingtaine de jours, la malade ne vit que d'aliments liquides, puis la déglutition se faisant de plus en plus difficilement, R... se soumet à la dilatation avec les olives ordinaires.

Le 6 juin 1876, une sonde de 5 mil. de diam. ne pénètre qu'à 20 cent. de l'arcade dentaire supérieure, les jours suivants on gagne 2 ou 3 cent. par la dilatation avec les sondes. Alimentation par les liquides, lavements de bouillon.

11 septembre. La malade qui avait demandé son exeat, revient parce qu'elle ne peut plus avaler, même les liquides.

Une bougie de 4 mil. pénètre à 35 cent. de l'arcade dentaire. M. TILLAUX, songe alors à la gastrotomie.

Le 19, la bougie pénètre dans l'estomac. A la fin de décembre la malade accuse des douleurs continuelles dans le dos et au creux de l'estomac, irradiations douloureuses sur le trajet des nerfs intercostaux; on songe à la formation d'un abcès dans le médiastin postérieur. Le traitement par la dilatation avec les sondes œsophagiennes est continué; on passe une sonde de 5 millim. de diam.

Au commencement de janvier, La malade est petite, chétive très-amaigrie, se plaint amèrement de ses douleurs dans le dos et dans le ventre que des injections sous-cutanées de chlorure de morphine ne parviennent pas à calmer. la sonde de 5 millim. pénètre sans difficulté jusqu'à un peu plus de 35 cent., si alors, on la pousse lentement, elle vient buter contre un obstacle qu'on ne franchit qu'en retirant la sonde, et en lui imprimant un mouvement plus rapide; le point le plus rétréci siège donc à 4 ou 5 cent. du cardia dans la dernière portion de l'œsophage.

15 janv. Les douleurs continuent, gonflement du ventre par de l'ascite et de la tympanite, étouffements survenant le soir après le repas, régurgitation de matières ayant mauvais goût et paraissant renfermer du pus.

30 janv. Depuis quelques jours, douleurs dans le côté droit, expectoration purulente, l'aspect cachectique est de plus en plus marqué.

Mort le 2 février.

AUTOPSIE. — La cavité abdominale renferme plusieurs litres d'un liquide séro-purulent. On ouvre l'œsophage par sa face postérieure; on peut constater facilement que l'œsophage est sain et a son calibre presque normal dans une étendue de 9 cent. à 9 cent. 1/2.

Mais à ce niveau il existe une sorte de bride à concavité tournée en haut qui, jointe au changement de coloration de la muqueuse, indique la limite du rétrécissement. A partir de ce point supérieur, jusqu'au cardia, le conduit œsophagien a la forme d'un long entonnoir, dont la base mesure 1 cent. de diam. et l'extrémité inférieure de 4 à 6 millim.; le rétrécissement mesure donc 13 cent. de longueur.

Légère dilatation au dessus du rétrécissement; le point le plus rétréci siège à 20 cent. 1/2 toujours en comptant de l'orifice supérieur de l'œsophage; en ce point le conduit semble se bifurquer en deux canaux séparés par une arête: l'un de 4 à 5 mil., avons-nous dit, conduit dans l'estomac, l'autre, plus long, oblique à droite, pouvant recevoir une plume de corbeau, conduit la sonde cannelée dans une poche. C'est probablement dans le cul-de-sac précédant le second conduit que venait quelquefois buter notre sonde. La poche est située au-

dessus de l'estomac, en arrière du foie, au-dessous du diaphragme, elle occupe donc le tissu cellulaire rétro-péritonéal qui est induré, infiltré de sérosité purulente et lui forme une coque épaisse. La cavité est très-irrégulière, peut loger le poing, elle contient du pus épais et une sorte de matière blanche, caséuse. La poche envoie un prolongement à travers le diaphragme dans la base du poumon droit, le parenchyme pulmonaire est creusé d'une cavité anfractueuse pouvant contenir un œuf de pigeon. L'abcès communique en outre directement avec l'estomac, par trois courts trajets qui débouchent à 5 ou 6 cent. du cardia au fond de petits infundibula.

L'estomac était plutôt dilaté et contenait du lait caillé. Dans toute l'étendue de la portion rétrécie, la muqueuse est dense et d'une coloration blanchâtre. Pas d'ulcérations. Les parois du canal œsophagien sont très-épaissies, mesurent de 7 à 8 millimètres en quelques points. Cet épaississement considérable contraste avec la faible épaisseur des parois de l'œsophage au-dessus du rétrécissement. La couche musculaire paraît considérablement hypertrophiée. Enfin, à la partie inférieure, les parois quoique bien distinctes encore, sont entourées de tissu cellulaire induré qui les fait adhérer aux parois de la poche.

RÉFLEXIONS. — Nous avons dit qu'à un certain moment, devant l'impossibilité de passer même des bougies fines, M. Tillaux avait été sur le point de pratiquer l'opération de Sédillot, c'est-à-dire la gastrotomie; plus tard, la dilatation avec les sondes faisant peu de progrès, il aurait tenté l'œsophagotomie interne qui lui a déjà donné un beau succès à Saint-Louis en 1872. Quant au trajet de l'œsophage à la poche, on peut se demander s'il n'est pas le résultat d'une fausse route; en tous cas, son existence est déjà ancienne, comme en témoignent la consistance de ses parois et l'aspect de sa surface interne, en tout semblable à celui de la muqueuse œsophagienne dans la portion rétrécie. Au contraire, les trajets qui font communiquer l'estomac et l'abcès sont friables et paraissent relativement récents.

39. Pneumonie pseudo-lobaire caséuse du poumon gauche, le droit étant sain; par M. Charles MAYGRIER, interne des hôpitaux.

Fourc..., doreur sur bois, 2½ ans, entre à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. MESNET, le 30 janvier 1877.

Le malade est dans le subdélirium, et il est très-difficile d'obtenir sur ses antécédents des renseignements précis. Cependant, il paraît à peu près certain qu'il avait toujours joui de la santé la plus parfaite, lorsque, il y a environ deux mois

il fut pris brusquement de fièvre, de toux et d'oppression; en même temps survenait un point de côté à gauche. Actuellement, le facies est typhoïde, profondément altéré; la langue est sèche et ligneuse: les lèvres et les dents sont fuligineuses. Le ventre est souple, nullement ballonné; il n'existe ni gargouillement, ni douleur à la pression dans la fosse iliaque; pas de diarrhée. L'attention est attirée du côté de la poitrine par la dyspnée considérable du malade et par l'existence d'un crachat un peu adhérent et strié de sang. L'expectoration a cessé complètement par la suite.

A la percussion, on constate de la submatité dans toute l'étendue du poumon gauche, mais nulle part de matité franche. A l'auscultation, on entend dans tout ce poumon des râles sous-crépitaux en arrière; on les retrouve en avant, où ils masquent les bruits du cœur. Par moment quelques bouffées de râles plus fins arrivent à l'oreille, *mais en aucun point il n'existe de râles crépitants véritables ni de souffle*. La respiration est normale dans le poumon droit; l'examen des sommets reste absolument négatif.

30 janvier, le soir, la température est de 40°,2; pouls 124.

31 janvier même état; le délire augmente un peu. Température, 39°,4; pouls 120.

1^{er} février. Le délire a redoublé d'intensité, les signes physiques fournis par l'examen des organes thoraciques sont les mêmes. Température, 39°,2; pouls 110.

2 février. A la visite du matin, on trouve le malade dans le coma, le corps couvert d'une sueur abondante. Il succombe à midi.

AUTOPSIE. — Cavité thoracique: pas d'épanchement dans les plèvres; quelques adhérences peu marquées à gauche. Le *poumon droit est sain*; on n'y trouve aucune trace de tuberculisation, il est seulement un peu congestionné. Le *poumon gauche* présente dans presque toute son étendue l'aspect de la pneumonie caséuse. Le sommet seul est sain; ou du moins on n'y trouve que deux petites cavernules, dont la plus grosse a le volume d'une lentille, et qui sont remplies d'un liquide purulent. Tout le reste de l'organe, c'est-à-dire les neuf dixièmes de sa masse, est altéré, et les lésions y sont partout au même degré et uniformément répandues. Son tissu est formé par la réunion d'îlots de substance caséuse de coloration gris jaunâtre, présentant une certaine fermeté à la coupe, et que circonscrivent des tractus rougeâtres. Nulle part il n'existe de points de ramollissement, ni d'excavations; on ne trouve pas non plus trace de granulations miliaires.

L'examen histologique de la pièce, fait dans le laboratoire de M. Charcot, sur des coupes durcies et colorées par le carmin,

a permis de constater les lésions de la pneumonie caséeuse. Les contours des alvéoles sont moins nets; ils sont comme effacés par la caséification qui a envahi tous les lobules. Les autres viscères examinés avec soin ont été trouvés tous sains, sans qu'on ait pu découvrir de granulations tuberculeuses dans aucun d'eux.

10. Varices artérielles de l'intestin grêle; par H. de BOKA, interne des hôpitaux.

Le 1^{er} février 1877 entre à l'infirmerie de Bicêtre (service de M. BOUCHARD), salle Saint-André 24, le nommé L..., âgé de 62 ans.

Ce malade est atteint de pneumonie et meurt le 8 février; on n'a aucun renseignement sur ses antécédents, si ce n'est qu'il a été paralysé du côté droit il y a 3 ans.

Le bras droit et la main présentent une atrophie marquée et une griffe de contracture secondaire, aucun symptôme intestinal.

AUTOPSIE.—Outre les lésions de la pneumonie sur lesquelles nous n'avons pas à insister, nous trouvons un ancien foyer hémorragique à gauche, au lieu d'élection. Les artères cérébrales et syliennes sont athéromateuses, rien de récent au cœur. Les reins sont sclérosés et présentent quelques kystes peu volumineux; le fait sur lequel nous désirons attirer l'attention, c'est une singulière lésion intestinale, restée latente pendant la vie.

L'intestin grêle était criblé de taches arrondies, noirâtres, visibles par transparence à travers la paroi intestinale et ayant donné au jéjunum et aux premières portions de l'iléon un aspect moucheté. Ces petites tumeurs, dont les plus grosses atteignaient le volume d'un petit pois et dont la plupart étaient de celui d'un grain de chènevis, étaient situées sur le trajet des arcades vasculaires artérielles et occupaient par conséquent le bord libre de l'intestin, sur une longueur de près de deux mètres. Le nombre de ces tumeurs est donc très-considérable (50 sur 20 cc. de surface intestinale prise au hasard): Les artères mésentériques et la veine porte ne contenaient pas de caillot; il n'y avait pas d'altération hépatique.

Ces tumeurs sont situées directement sur le trajet des artérioles, de ces bifurcations ou non de ces artérioles partent aussi un certain nombre de pinceaux vasculaires contournés comme les frondes de la vigne; les plus petites tumeurs présentent cet aspect quand on les regarde par transparence: les tumeurs les plus volumineuses vues à la loupe sont régulièrement limitées, semblent formées d'enroulements vasculaires,

leur aspect rappelle celui d'un glomérule rénal injecté : à un grossissement plus fort on constate le même enroulement et on voit naître des anses vasculaires de plus petits vaisseaux également contournés : on arrive à dissocier en partie cette tumeur et on peut alors s'assurer que les vaisseaux qui la composent sont en continuité de calibre avec l'artériole saine, que leurs parois un peu épaissies sont cependant régulièrement cylindriques, ne présentent ni anévrysmes ni ruptures ; de ces vaisseaux en naissent de beaucoup plus ténus formant un fin chevelu autour des anses principales et se perdant ensuite dans la muqueuse voisine. Du tissu conjonctif et quelques fibres élastiques forment une enveloppe incomplète à ces sortes de varices artérielles ; par la pression on ne peut vider complètement ces tumeurs. Pas de plaques calcaires dans les plus grosses artérioles. Nous croyons donc dans ce cas avoir un cas de varices artérielles de l'intestin grêle ; l'estomac et les autres parties du tube digestif ne présentaient rien à noter. Sur la peau quelques infarctus du dos des mains.

41. Paralyse alterne portant sur le moteur oculaire commun ;
par M. MAYOR, interne des hôpitaux.

Guil... Elisabeth, ménagère, 67 ans, entre le 28 décembre dans le service de M. BERNUTZ. — La famille donne alors sur la malade les renseignements suivants : il y a huit jours, un matin, sa fille s'apercevant qu'elle ne se levait pas lui adressa la parole : elle ne put répondre et on s'aperçut qu'elle était paralysée du côté droit et que sa paupière supérieure gauche recouvrait l'œil. Jusqu'alors, la malade n'avait eu aucune attaque, elle n'était pas sujette aux vertiges ni aux maux de tête. La paralysie l'avait donc surprise en pleine santé.

Lorsqu'on examine la malade, le 15 janvier, on la trouve presque démente. Elle ne peut donner de renseignements utiles ; à la seconde question qu'on lui adresse, elle se met à pleurer. — Les membres du côté droit sont dans l'état de paralysie flasque. Cependant, les doigts ne se laissent pas très-facilement étendre d'une façon complète. Cela paraît tenir à un certain degré de contracture des fléchisseurs. Les membres paralysés sont assez fortement œdématiés.

A la face : à droite, paralysie de la région inférieure de la face ; à gauche, pas de paralysie dans le domaine du facial, mais chute de la paupière supérieure. Strabisme externe, mydriase, immobilité de la pupille. Cependant, le globe de l'œil ne paraît point saillant. On ne peut faire exécuter à la tête les mouvements nécessaires pour savoir si le petit oblique est paralysé.

Pas de paralysie dans les membres du côté gauche. La langue est déviée vers la droite.

Pas de paralysie de la vessie. Constipation cédant facilement aux lavements.

La sensibilité est partout conservée.

A l'auscultation, signes de congestion pulmonaire. La malade succombe le 20 janvier aux progrès de la congestion pulmonaire.

AUTOPSIE. Congestion pulmonaire des deux côtés dans les lobes inférieurs. Emphysème aux sommets. Cœur sain; valvules suffisantes. Foie et rate sains. Reins séniles.

A l'ouverture de la boîte crânienne, le cerveau paraît parfaitement normal. Les méninges sont saines. Aucun exsudat, aucune tumeur ne comprime le moteur oculaire commun avant son entrée dans l'orbite. Un peu d'athérome des artères de la base.

Dépouillé des méninges, le cerveau offre une surface parfaitement saine. Les coupes successives des hémisphères ne montrent aucun foyer. La substance cérébrale est ferme, nullement œdémateuse ni congestionnée. — Cervelet sain.

Dans les pédoncules cérébraux, la protubérance et le bulbe on fait, à l'état frais, des coupes transversales et successives éloignées de cinq ou six millimètres les unes des autres. Au premier abord tout paraît sain, le volume, la consistance, la couleur de ces parties ne semblent pas avoir changé. Ce n'est qu'en reprenant cet examen avec beaucoup d'attention que l'on trouve un point siégeant sur la tranche qui correspond à l'envergure du moteur oculaire commun, et au-dessous du locus niger, où la surface paraît un peu grenue, à la coupe et où la consistance paraît un peu plus faible. La couleur est du reste normale. Des portions de la substance cérébrale prises en ce point et portées sous le microscope, montrent de nombreux corps granuleux. En examinant de la même façon les parties voisines, on reconnaît que ce foyer de ramollissement fort petit siége dans l'étage inférieur du pédoncule du côté gauche, et doit couper les fibres du nerf moteur oculaire commun au moment où elles vont émerger de ce pédoncule. Les symptômes observés pendant la vie se rapportaient du reste parfaitement à une lésion limitée et siégeant en ce point.

42. Endocardite végétante dans le cours d'une fièvre typhoïde; par M. le D^r VIRENQUE, médecin aide-major à l'hôpital militaire de Vincennes.

V... Eugène, soldat au 85^e de ligne, 23 ans, entre le 9 décem-

bre à l'hôpital de Vincennes dans le service de M. le médecin principal Morand pour une fièvre typhoïde à prédominance thoracique. Au dire du malade, l'affection a débuté trois jours avant son entrée à l'hôpital. L'affection, légère au début, est traitée par l'extrait de quinquina, le sulfate de quinine et quelques purgatifs. Le malade paraît aller mieux et commence à se lever lorsque le 2 janvier, c'est-à-dire le 27^e jour de l'affection, la température monte à 38°,5; à partir de ce moment toux persistante, crachats spumeux en assez grande quantité légèrement striés de sang, finement aérés et adhérents au vase. Respiration suspirieuse et température s'élevant le soir à 38°. A l'auscultation, râles crépitants assez fins disséminés, matité à la base des deux côtés avec égophonie. Au cœur, souffle aux deux temps, aux foyers aortique et mitral, remarquable par sa rudesse. Pouls de Corrigan nettement accentué. On croit à une granulie aiguë. — Traitement par la morphine, la digitale, les vésicatoires et les ventouses. Mort brusque dans la soirée du 7 février pendant qu'on lui pose des ventouses.

AUTOPSIE. Dans la deuxième portion de l'intestin grêle, *plaques de Peyer* au nombre d'une trentaine, saillantes, à muqueuse plissée, comme gaufrée à la surface, présentant un pointillé noir très-accusé qui leur donne l'aspect bleuâtre particulier dit de barbe fraîche. Le relief de ces plaques va pour quelques unes jusqu'à 2 et 3 millim. Autour de ces plaques, la muqueuse est normale. Ganglions mésentériques engorgés et volumineux. *Rate.* Doublée de volume et présentant vers le milieu du bord antérieur un infarctus grisâtre. *Reins* gras, foie légèrement hypertrophié.

Plèvres et poumons. — Epanchement abondant à gauche, adhérence de la plèvre droite, pleurésie enkystée à droite et à la base. Le tissu des poumons est dur, engorgé, non crépitant, hépatisé dans presque toute son étendue, hérissé à la coupe de petites granulations manifestement formées par les vésicules distendues, laissant s'écouler à l'incision une sérosité roussâtre et spumeuse.

Le *péricarde* renferme quelques cuillerées de sérosité citrine. *Cœur* hypertrophié et doublé de volume. Le ventricule droit est dilaté, les parois sont amincies. Les valvules aortiques sont hérissées de petites excroissances molles, grisâtres, comme feutrées à la coupe : les plus grosses ont le volume d'un petit pois. Elles sont pour la plupart piriformes et tiennent à l'endocarde par un pédicule très-fin et très-fragile. Si l'on arrache l'une d'elles, on trouve à sa place une solution de continuité de la séreuse.

La valvule mitrale présente sur les deux faces, et surtout sur sa face supérieure, deux grappes de végétations sembla-

bles. L'on en voit aussi quelques-unes isolées sur les tendons des muscles papillaires; aucune ne paraît ulcérée. Leur présence paraît avoir eu pour conséquence d'amener à la fois l'insuffisance et le rétrécissement des orifices qu'elles occupent. *Cerveau* anémié; un peu de suffusion séreuse autour des veines de la convexité des hémisphères. Nulle part on ne peut constater l'existence de granulations tuberculeuses. Nous ne trouvons rien non plus dans les gros vaisseaux des membres.

REMARQUES. — Cet homme, entré au mois de décembre à l'hôpital de Vincennes, a eu en janvier une récidive ou une recrudescence de sa fièvre typhoïde pour laquelle on l'a forcé à reprendre le lit. L'altération cardiaque, l'état du poumon et tout l'ensemble pathologique nous semblent commandés par le processus morbide initial que le sujet n'a pu amener à réparation complète.

La forme végétante de l'endocardite est celle qui appartient aux processus aigus. La broncho-pneumonie chronique qui a été constatée n'est que la persistance de l'état pulmonaire typhique aggravé par la lésion cardiaque et les troubles circulatoires qui lui sont imputables.

L'examen microscopique fait sur les pièces fraîches a permis de constater : 1° Que les granulations sont formées de cellules embryonnaires en assez grand nombre englobées dans des amas de substance amorphe et supportées par un stroma fibrillaire nettement accentué; — 2° Que la striation des fibres musculaires du cœur est trouble et voilée par des amas granuleux ponctués par intervalles de granulations graisseuses reconnaissables à leur réfringence caractéristique.

43. Ostéite épiphysaire et arthrite suppurée du genou; par M. le Dr VIRENQUE, médecin aide-major à l'hôpital militaire de Vincennes.

G..., 23^e compagnie d'ouvriers d'administration, entre à l'hôpital de Vincennes le 23 janvier 1877 pour une hydarthrose du genou gauche. Deux jours après son entrée se déclarent des phénomènes d'arthrite aiguë avec tuméfaction considérable du genou et empâtement profond. Le 3 février, le genou dégonfle subitement, mais les parties molles périarticulaires restent le siège d'une inflammation très-vive; le 8, on passe un tube à drainage au niveau de la partie inférieure du creux poplité et il s'écoule une grande quantité de pus. Les jours suivants, la fièvre est très-intense, le malade tombe dans le délire et dans le coma: il expire le 14 février à 6 h. du soir.

AUTOPSIE. La région du genou gauche ayant été préala-

blement disséquée avec soin, on trouve sur le quart inférieur^r de la diaphyse du fémur un décollement complet du périoste. Pas de décollement épiphysaire. L'articulation est le siège d'une dénudation cartilagineuse assez avancée; la carie a atteint les couches profondes de l'os et une coupe transversale démontre l'existence d'une ostéo-myélite suppurée. On ne trouve pas d'abcès métastatiques dans les poumons ni dans les autres viscères.

Le *cœur* est le siège d'une endocardite marginale localisée à la valvule mitrale, sans végétations. L'articulation de l'épaule droite est remplie de pus et la tête humérale a son cartilage dépoli en quelques endroits. L'articulation de l'épaule gauche est saine, mais on rencontre un abcès ganglionnaire superficiel dans le creux de l'aisselle. — Rien de particulier à signaler dans les autres organes.

REMARQUE. — L'intérêt de l'observation qui précède git dans l'existence chez un adulte de l'ostéite épiphysaire primitive, alors que la membrane interépiphysaire est depuis longtemps confondue avec le reste de l'os. Le gonflement subit du genou observé dans la deuxième semaine de la maladie est dû à une rupture de la synoviale distendue par le pus, lequel a déterminé ensuite des décollements variés dans les tissus avoisinants.

Les secrétaires,
R. MOUTARD-MARTIN ET PITRES.



AVRIL

Séance du 6 avril.

PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

1. Myxome de la région inguinale; anus contre nature consécutif à l'ulcération; par Féré, interne provisoire.

Le nommé Ram... Victor, âgé de 56 ans, brossier, est entré le 23 août 1876 à l'hôpital du Midi, dans le service de M. Horteloup, salle XII, n° 4.

Ce malade, peu intelligent, donne des renseignements vagues sur ses antécédents éloignés. Ses parents paraissent avoir succombé à des affections aiguës. Lui-même a toujours joui, dit-il, d'une assez bonne santé jusque vers le milieu de l'année 1875.

Au mois de mai, il constata vers la partie interne du pli de l'aîne, à droite, la présence d'une petite tumeur du volume d'une noisette. En 2 ou 3 mois cette grosseur atteignit le volume d'un œuf de pigeon: elle était dure, sans altération de couleur de la peau restée mobile; elle n'était point douloureuse spontanément, mais apportait un peu de gêne à la marche. Il la prit pour une hernie et porta un bandage.

Il continua à travailler jusqu'au 15 décembre. Vers cette époque il s'était fatigué d'une manière excessive et il commença à éprouver quelques douleurs spontanées dans sa tumeur qui devint bientôt le siège d'élançements, et en même temps la peau rougissait. Il vit alors un médecin qui lui fit appliquer des cataplasmes.

Au bout de 8 à 10 jours la tumeur s'ouvrit spontanément et donna issue à une matière grisâtre, visqueuse et gluante qui continua à suinter les jours suivants. La cicatrisation de l'ouverture ne se fit pas, il resta un trajet fistuleux à orifice entouré d'un bourrelet saillant et saignant au moindre frottement.

A peu près à la même époque il vit apparaître sur la paroi abdominale, à environ 4 travers de doigt au-dessus du pli de l'aîne et à une égale distance de la ligne médiane une nouvelle tumeur qui augmenta beaucoup plus rapidement que la première et qui, au bout d'un mois, atteignit le volume d'un œuf; elle était douloureuse à la pression et dans les mouvements, mais non spontanément. La peau avait conservé sa coloration et sa mobilité à ce niveau.

Au mois d'avril 1876, il entra à l'hôpital Temporaire. Il présentait alors dans la moitié interne du pli de l'aîne une tumeur largement ulcérée présentant au moins le volume d'un gros œuf de dinde, et au-dessus, sur la paroi abdominale, une autre tumeur un peu moins volumineuse et non ulcérée; il en existait en outre une troisième qui s'était développée depuis un mois seulement, à l'extrémité externe du pli de l'aîne et avait déjà atteint presque le volume du poing, tendant à se confondre avec la première. Cette dernière n'était pas non plus ulcérée, mais comme celle de la paroi abdominale elle était le siège de douleurs spontanées assez vives et la peau rougissait. Toutes deux elles étaient ramollies à leur centre; on les incisa et leur ouverture donna issue à du pus, mélangé de grumeaux gélatiniformes. Dans les parties dures de la tumeur inguinale externe, on introduisit aussi des flèches caustiques.

Le volume des 3 tumeurs continua à augmenter; celles du pli de l'aîne se sont réunies peu à peu pour former une seule masse, présentant deux ulcérations allongées transversalement, l'une en dedans, l'autre en dehors. La tumeur de la paroi abdominale offrait une ulcération arrondie. Ces trois ouvertures laissaient suinter du pus et de la matière gélatiniforme.

Malgré son état, le malade quitte l'hôpital et va passer un mois à l'Asile de Vincennes. Le 23 août il entre au Midi.

A cette époque, les 3 orifices continuent à laisser écouler du pus et de la matière gélatiniforme en grumeaux tremblotants et grisâtres. Cette matière fut examinée au microscope par M. Longuet qui déclara qu'elle était constituée par les éléments du myxome. Quand on pressait la paroi abdominale dans l'intervalle des 3 orifices on faisait soudre par chacun d'eux une grande quantité de cette matière ainsi que des bulles de gaz et du pus. Ce mélange avait une odeur fétide. La saillie des 3 tumeurs primitives avait à peu près disparu; mais la paroi abdominale présentait une induration uniforme remontant sous forme de plaque dure jusqu'à 7 ou 8 centimètres au-dessus du pli de l'aîne; jusqu'au niveau de l'ombilic la paroi présente une résistance plus considérable que du côté opposé. Au milieu de cette induration diffuse, on sentait un noyau plus ré-

sistant un peu en dehors de l'ulcération abdominale. Autour des 3 orifices, la peau présentait une teinte violacée.

En introduisant une sonde dans les ouvertures, on constata qu'elles communiquaient toutes trois par de larges galeries qui décollaient la peau dans une grande étendue. Une incision réunissant les deux orifices inguinaux donne issue à une grande quantité de matière gélatineuse et de pus. Un drain établit une communication permanente entre cette incision et l'orifice situé plus haut, sur la paroi abdominale.

Au bout de quelques jours les bords de l'incision s'épaississent, s'indurent, prennent un aspect fongueux et laissent suinter un pus d'une extrême fétidité. Au fond de l'ouverture au-dessous du pont cutané qui vient d'être incisé on sent un autre pont charnu qui sépare profondément les deux ulcérations primitives de l'aîne et au-dessus duquel il existe un second décollement.

Le 27 août une chaîne d'écraseur est introduite au-dessous de ce pont, et sa section est pratiquée. Il reste alors une plaie large et profonde donnant toujours issue à la même matière gélatiniforme mélangée de pus; les bords en sont épais et renversés. On fait dans la plaie et dans le drain des injections alcoolisées qui seront toujours continuées dans la suite. Malgré l'abondance de la suppuration la santé reste bonne, bon appétit, pas de fièvre, état moral excellent, le malade peut encore se lever un peu.

Le 15 septembre, on voit s'écouler par la plaie inférieure, surtout au moment où le malade fait des efforts, un peu de liquide jaunâtre d'odeur stercorale.

Depuis cette époque jusqu'au mois de décembre, l'écoulement de matières intestinales persiste, mais avec des alternatives dans la quantité; quelquefois il se supprime pendant une journée ou deux pour reparaitre les jours suivants. Jusqu'alors, les selles sont restées régulières, sans diarrhée; l'état général continue à être bon, l'appétit est conservé, pas d'amaigrissement notable.

Depuis les premiers jours de décembre l'écoulement de matières intestinales est devenu non-seulement continu, mais aussi plus abondant, et il se fait à la fois par la plaie inguinale et par l'orifice abdominal. Le malade éprouve de temps en temps des coliques et les selles sont devenues liquides, les digestions sont mauvaises, l'amaigrissement fait des progrès rapides. Le malade ne quitte plus le lit.

Au commencement de janvier 1877, il s'est formé une escharre au niveau du sacrum; puis à la fin du même mois, il en est apparu une autre à l'angle de l'omoplate gauche.

15 mars. Il existe dans l'aîne droite une large ulcération

béante et profonde à bords renversés et indurés, s'étendant depuis l'épine du pubis jusqu'au niveau de l'épine iliaque antéro-supérieure; son extrémité externe est située à environ 2 centimètres au-dessous de cette saillie, de sorte que la direction générale de la plaie est moins oblique que celle du pli de l'aîne qui est du reste indistinct. Elle forme une ouverture ovale qui a près de 4 centimètres de large dans sa partie moyenne. Sur le pourtour des bords saillants et durs la peau est violacée dans une étendue de 2 centimètres. Toute la cavité est comblée par une sanie brunâtre d'odeur fécale.

A 4 centimètres au-dessus de cette plaie et à 2 centimètres seulement en dehors de la ligne médiane, il y a une autre ouverture dont les bords minces présentent un aspect gangréneux, arrondie, large comme une pièce de 5 francs. Au pourtour, la peau est verdâtre. Elle est également comblée par une sanie jaune brune.

Ces deux ouvertures sont séparées par un pont cutané au-dessous duquel on peut facilement passer le doigt. Le décollement s'étend latéralement dans une étendue dont on ne touche pas les limites.

Quand on introduit le doigt dans la plaie inférieure on sent, au-dessous du cloaque qui communique avec la supérieure, une autre anfractuosité qui s'étend en arrière et en dehors et dont on n'atteint pas le fond.

Dans toute la région de l'aîne et de la paroi abdominale qui entoure les ulcérations et les parties décollées, on sent une induration profonde. En dehors de l'ouverture supérieure il reste un noyau du volume d'une grosse noix, plus résistant.

Quand on presse sur la région intermédiaire aux deux ouvertures, on fait sourdre des deux côtés une grande quantité de sanie fécaloïde. Si on presse en dedans sur la ligne médiane, il en sort encore, et si on introduit le doigt on constate que le décollement s'étend en dedans jusque sur la ligne médiane. Si on déprime plus fortement la paroi abdominale, on fait sortir des gaz dont l'odeur indique l'origine intestinale par les deux ouvertures, mais surtout par la supérieure. De temps en temps, les gaz sortent spontanément; le malade affirme que depuis quelque temps, il n'en sort jamais par l'anus.

Il y a une quinzaine de jours, le malade a éprouvé quelques élancements au niveau de l'épine iliaque antéro-supérieure droite; ces douleurs étaient peu vives, d'ailleurs, et il n'y a attaché aucune importance; mais, depuis ce moment, il a éprouvé une grande difficulté à remuer le membre inférieur droit. Maintenant la cuisse est réduite à une immobilité absolue; il n'éprouve cependant pas de douleur dans les mouvements provoqués; quand on soulève la cuisse les mouve-

ments de la jambe et du pied se font spontanément et sans douleur. La pression sur l'épine iliaque est un peu douloureuse, mais plus de douleur spontanée. Tout le membre inférieur est un peu œdématié dans toute son étendue, mais surtout à sa partie supérieure; la cuisse présente une forme générale cylindro-conique, la pression du doigt imprime des godets surtout marqués sur la région interne. Cet œdème s'est montré seulement depuis deux jours sur la partie antérieure; depuis l'épine iliaque antéro-supérieure jusque vers le milieu de la cuisse on sent une fluctuation très-manifeste dans une étendue de 5 à 6 centimètres en travers. La peau est restée normale sur toute la région. La pression sur cette collection liquide ne provoque la sortie d'aucune matière par la plaie inguinale.

Les escharres ci-dessus indiquées se sont étendues en largeur et en profondeur, le sacrum est dénudé sur plusieurs points; elles produisent une suppuration abondante et fétide.

L'état général est très-mauvais, le malade est très-affaibli et émacié; l'appétit est à peu près nul; il a toujours des selles liquides. Il vomit de temps en temps le peu d'aliments qu'il prend. Pas de fièvre, aucun phénomène morbide du côté du poulmon ou des autres viscères.

25 mars. La collection liquide de la cuisse paraît s'étendre par en bas; elle descend maintenant à peu près jusqu'au tiers inférieur de la cuisse. Pas de changements pour le reste. L'affaiblissement va croissant; le malade ne prend plus d'aliments solides. Il est plongé dans un demi-sommeil dont on le tire avec peine. Pas de fièvre, sauf le soir où on voit sa face se colorer légèrement. 30 mars. Mort. 1^{er} avril. AUTOPSIE. Rien de particulier dans le cerveau et les méninges. Le *thorax* est déformé, les dernières côtes sont fortement déjetées en avant et en dehors. Les deux *poumons* sont sains; on remarque seulement dans le poulmon droit un noyau calcaire du volume d'une noisette tout-à-fait au sommet. Adhérences pleurales lâches aux deux bases. Le *cœur* est flasque, un peu grassex; les valvules sont saines, sauf pourtant la mitrale qui présente une petite induration calcaire du volume d'une petite lentille sur sa valve externe près de la base; elle est indemne dans tout le reste de son étendue et souple. L'*aorte* présente seulement une plaque calcaire de 1 cent. en tous sens, immédiatement au-dessus de l'origine du tronc cœliaque. Rien de particulier dans le foie, la rate et les reins.

Dans la cavité pelvienne, on trouve environ un litre de liquide citrin. Au niveau de l'ulcération de la région abdominale, on voit, adhérents à la paroi par son bord convexe et dans une étendue de 5 cent., une anse d'intestin grêle, située environ

un mètre au-dessus du cœcum. Le doigt introduit par l'origine abdominale pénètre par un trajet anfractueux dans la cavité de cette anse, qui communique aussi, mais indirectement, avec la plaie inférieure par l'intermédiaire du décollement superficiel.

En ouvrant l'anse intestinale, on constate qu'elle est seulement accolée à la paroi, qu'elle ne présente aucune dépression ni diminution de calibre au niveau de la communication externe. Cette communication se fait par un orifice ovalaire laissant passer le pouce, à bords réguliers. Autour de cet orifice principal, on en trouve cinq autres plus petits laissant à peine passer une sonde ordinaire. Tous ces orifices s'abouchent au dehors dans le même cloaque.

Si on pousse le doigt très-avant dans l'anfractuosité inférieure de la plaie inguinale en le dirigeant en dehors et en arrière, ou pénètre non plus dans l'anse d'intestin grêle, mais dans le cœcum qui est accolé à la fosse iliaque sans intermédiaire de péritoine.

La communication se fait immédiatement au-dessous de la valvule iléo-cœcale, sur le bord gauche du cœcum, par un orifice unique, régulièrement arrondi, large comme une pièce de 2 francs. Le trajet a, dans sa moitié interne, la direction du canal inguinal; on trouve immédiatement au-dessous les éléments du cordon restés sains, mais il est impossible, à ce niveau, de reconnaître une aponévrose ni même l'arcade de Fallope.

En faisant une incision transversale de la moitié droite de la paroi abdominale, partant de 3 cent. au-dessus de l'ombilic pour aller rejoindre le rebord des fausses côtes, on voit sourdre sur ce dernier point une petite quantité de pus de l'épaisseur de la paroi. Sur le bord supérieur de l'incision, il existe un cul-de-sac ne remontant pas tout-à-fait jusqu'à la fausse côte, à parois fibroïdes, contenant une petite quantité de matière grisâtre grumeleuse. Sur le point correspondant du bord inférieur, on trouve un trajet dont les parois offrent le même aspect; son orifice admet l'index; en y introduisant une sonde et en la dirigeant en dedans et en bas, on la voit ressortir sur le bord externe de l'ulcération supérieure de la paroi abdominale. Ce trajet a 18 cent. de long et 3 de large dans sa partie moyenne, il va en s'élargissant en bas. Si on presse sur son parcours, on fait sortir par ses deux extrémités du pus grisâtre, mêlé de matière colloïde, qui diffère tout-à-fait de la sanie fécaloïde qui sortait par les ulcérations, et ressemble à ce qui sortait par les plaies avant la perforation intestinale. Cependant ce trajet situé au-dessous des muscles de la paroi abdominale dans la couche celluleuse sous-péritonéale, com-

munique largement à sa partie inférieure, avec le décollement superficiel dont il est séparé par une couche de 1 cent. d'épaisseur environ de tissu lardacé où on ne reconnaît plus de tissu musculaire (à l'œil nu), et dont l'expression fait sortir des grumeaux colloïdes. En haut, les muscles qui le recouvrent sont sains.

En dedans de ce décollement profond, on trouve dans l'épaisseur de la paroi abdominale, qui est le siège d'une induration diffuse, une petite tumeur bien limitée du volume d'un œuf de pigeon ; elle est dans la couche sous-péritonéale ; elle est constituée par une sorte de coque fibroïde peu résistante, remplie d'une masse gélatineuse, grisâtre, demi-transparente, paraissant plongée dans de larges travées celluluses.

Une incision transversale des parties molles de la région antérieure de la cuisse montre que la collection fluctuante que l'on avait constatée dans cette région, est constituée par une sorte de sac fusiforme situé au-dessous du fascia lata, allongé suivant la direction du contourier, remontant en haut jusqu'à l'épine iliaque antéro-supérieure où on trouve une dénudation osseuse et une esquille prête à se détacher, et descendant en bas jusqu'au niveau du canal de Hunter. Cette poche remplie de pus mal lié et grumeleux présente une paroi épaisse et dense ; elle ne communique nullement avec le décollement de la paroi abdominale, mais elle n'en est séparée tout-à-fait en haut que par une mince membrane.

Au niveau du triangle de Scarpa, on trouve la veine fémorale remplie par un caillot dense jaunâtre, qui remonte dans la veine iliaque jusque dans la veine-cave où il se termine par une extrémité effilée qui s'aplatit contre la paroi droite du vaisseau. On ne trouve nulle part de ganglions tuméfiés.

L'examen microscopique a été fait par M. Mayor dans le laboratoire de M. Vulpian :

A l'état frais, la tumeur ne présentait rien de caractéristique : c'était une masse demi-fluente, d'une réfringence assez considérable, dans laquelle flottaient comme éléments figurés, des cellules arrondies, les unes présentant un noyau bien net au milieu d'un protoplasma clair, la plupart remplies de granulations graisseuses, quelques-unes n'étant plus représentées que par un amas granuleux qui semble en voie de désagrégation.

Après durcissement et coloration par le carmin ammoniacal, on reconnaît que la tumeur est constituée par une série d'alvéoles assez régulièrement sphériques, limitées par des travées du tissu conjonctif fasciculé et contenant dans leur intérieur une masse transparente réfringente, disposées par

plans comme en couches concentriques. Dans la masse amorphe, on retrouve des éléments semblables à ceux qu'on a remarqués dans l'examen à l'état frais. De plus, en certains points, se voient de nombreuses cellules allongées contenant plusieurs noyaux. Enfin sur quelques points se trouvent des cellules ramifiées dont un certain nombre sont nettement anastomosées. On ne trouve nulle part d'îlots rappelant la structure du sarcome, aucune grande cellule de carcinome; l'existence, sur toute l'étendue de la tumeur, du tissu d'apparence muqueuse et ces groupes de cellules anastomosées suffisent pour faire reconnaître qu'on a affaire à un myxome dont une portion aura subi un travail régressif qui a abouti à la désagrégation et à l'élimination. Ce processus s'expliquerait en partie par ce fait que l'on ne trouve que fort peu de vaisseaux au voisinage des points ramollis.

2. Tumeur congénitale de la région coccygienne ;

par Eug. MONOD, interne des hôpitaux.

Nous avons eu occasion de voir à la consultation de M. Panas, un fœtus de sept mois, portant au-dessous du coccyx une tumeur volumineuse. La mère était âgée de 29 ans; la grossesse avait été normale, et l'accouchement naturel. Cette femme avait eu antérieurement deux enfants bien conformés. Le fœtus, du sexe féminin, offrait une teinte ictérique très-prononcée en venant au monde; il succomba le dixième jour. Pendant la vie, la tumeur était absolument irréductible, et ne subissait pas de modification de volume par les cris de l'enfant. Elle donnait au palper une sensation de fluctuation.

La tumeur de forme elliptique mesurait 13 centimètres, suivant le grand axe qui s'étendait de la pointe du coccyx à l'anus. Le petit axe mesurait 9 centimètres. La peau qui recouvre la tumeur est très-amincie, sillonnée par un plexus veineux abondant. En avant, la base de la tumeur se confond avec la demi-circonférence postérieure de l'anus. Cet orifice anal ne présente pas d'anomalie.

On ne peut séparer par la dissection la peau du tissu cellulaire sous cutané, et celui-ci de la paroi propre de la tumeur que dans une petite étendue, à partir de la pointe du coccyx. Plus loin, ces différentes enveloppes sont intimement confondues entre elles.

Cette dissection démontre :

1° Qu'il n'y a aucune communication entre le canal médullaire et l'intérieur de la poche.

2° Que la poche anormale se trouve comme appendue au coccyx au moyen d'une couche fibreuse, espèce de ligament

triangulaire qui contient dans son épaisseur le coccyx encore cartilagineux.

La tumeur, en se développant, a refoulé devant elle l'anus et toute la portion périnéale du rectum; la distance qui sépare l'orifice anal de la pointe du coccyx ne mesure pas moins de 5 centimètres.

La tumeur avait en outre repoussé en haut le plancher périméal, de sorte qu'elle remplissait en partie l'excavation pelvienne entre le sacrum en arrière et le rectum refoulé en avant.

Sur une coupe pratiquée sur la ligne médiane, on distingue une cloison horizontale qui sépare incomplètement la masse en deux portions :

a) Une supérieure, d'un rouge blanchâtre, rappelant comme aspect et comme consistance la coupe du corps du testicule.

b) Une inférieure, plus rouge, beaucoup plus molle, presque diffuse.

A la partie inférieure et antérieure de cette masse, se trouve une grande cavité kystique tapissée d'une membrane lisse et contenant un liquide colloïde. La paroi fibreuse de ce kyste central envoie des prolongements dans l'épaisseur de la masse que nous avons décrite, cloisons incomplètes qui la séparent en certain nombre de lobes mal limités. Vers la périphérie de la tumeur on sent des particules osseuses disséminées.

Ce cas est un exemple d'inclusion fœtale de la région périnéale : M. Constantin Paul en a réuni 28 observations dans un mémoire inséré dans les Archives de médecine. (*Arch. gén. de médéc. 1862, 5^e série. t. XIX, p. 641 et t. XX, p. 45, 194, 273.*)

3. Tubercules solitaires du cervelet et de la protubérance; par Hippolyte MARTIN, interne des hôpitaux.

L... Jean, âgé de 6 ans et demi, est entré le 26 février 1877, à l'hôpital des enfants-malades, salle Saint-Jean n° 29, service de M. le Dr LABRIC.

Cet enfant est né à terme et bien constitué. Rien d'intéressant à signaler relativement à ses antécédents de famille. A l'âge de 8 à 10 mois, au début de la première dentition, il eut, au dire de la mère, quelques convulsions qui ne troublèrent pas du reste d'une façon sensible sa santé physique et le développement graduel de son intelligence. A 18 mois environ, il paraît avoir été souffrant pendant un certain temps, mais les parents ne nous donnent que des renseignements très-vagues à cet égard : pas de convulsions nouvelles, pas d'affection thoracique probable... Quoi qu'il en soit, il ne s'est plus développé dès cette époque, comme les enfants de son âge;

son intelligence s'est montrée, d'une façon de plus en plus évidente avec l'âge, au-dessous de la moyenne, et il a toujours eu une faiblesse très-notable des membres inférieurs. Ne marchant pour la première fois seul qu'au delà de trois ans et avec difficulté, il traînait en effet ses jambes et ne consentait à se tenir que fort peu de temps debout. Les fonctions digestives se sont maintenues régulières jusque dans ces derniers temps. — Six semaines avant son entrée à l'hôpital, il a eu une rougeole dont l'évolution a été régulière, mais après 8 à 10 jours, au début de la convalescence, la faiblesse des membres inférieurs a été plus grande et la marche est devenue à peu près impossible; l'intelligence a paru encore plus obtuse sans qu'il y ait eu du reste du délire pendant la période fébrile de sa fièvre éruptive; enfin, depuis 8 jours, il tousse, a de la fièvre, un sommeil agité la nuit avec de temps en temps des gémissements plaintifs, et un appétit à peu près nul.

État à l'entrée. Le développement physique est à peu près normal et les différentes parties du corps bien proportionnées; l'embonpoint est conservé et peut-être même un peu exagéré. Mais le facies est immobile, sans expression; l'enfant paraît écouter quand on l'interroge, et il ne répond ensuite rien aux questions, ou du moins, il ne prononce que des monosyllabes sans signification bien précise. Il remue bien ses quatre membres, mais la force en paraît considérablement diminuée: quand on le pose sur le sol, il pleure et s'affaiblirait si on ne soutenait pas les mains; si on le force à marcher en le tirant par les bras, il vacille et avance péniblement ses pieds, soit en sautant soit en les traînant; mais il refuse bientôt d'avancer et se laisse tout-à-fait aller sous lui-même.

Visage. Il a une chute manifeste, mais incomplète de la paupière supérieure gauche, avec strabisme interne très-marqué de l'œil correspondant. Les pupilles sont à peu près égales, moyennement dilatées. Le malade paraît y voir des deux yeux. La sensibilité générale est partout conservée.

1^{er} mars. Il est à peu près dans le même état depuis son arrivée; il mange assez régulièrement, mais vomit de temps en temps; une ou deux selles diarrhéiques par jour. L'intelligence s'affaiblit de plus en plus; c'est à peine s'il demande spontanément à boire et il fait le plus souvent sous lui. On a constaté dès le deuxième jour après son entrée, une paralysie faciale gauche à peu près complète, mais qui n'est évidente que lorsque l'enfant pleure.

2 au 10 mars. L'appétit devient très-irrégulier; il refuse souvent toute nourriture le soir. Quelques râles dans la poitrine. La chute de la paupière et le strabisme sont bien plus

prononcés; l'hémi-paralysie faciale est complète. La sensibilité générale est toujours bien conservée.

10 au 20 mars. L'enfant s'affaiblit tous les jours; l'intelligence est tout-à-fait éteinte. L'œil gauche ne présente plus qu'une ouverture palpébrale de quelques millimètres, et une sécrétion muco-purulente s'amasse au grand angle de cet œil. Mis sur ses jambes, il s'y tient à peine en étant soutenu et il ne peut avancer. Pas de troubles de la sensibilité; cependant au niveau de la face et du front elle est manifestement retardée du côté de la paralysie (à gauche), et elle y devient plus rapide si on a excité l'enfant en le piquant d'abord ailleurs: là, la réaction douloureuse est immédiate. Il est difficile d'apprécier l'état de la force musculaire dans les membres; toutefois, il les remue également quand on le pince. La narine gauche est souvent le siège d'un écoulement sanguinolent et comme l'enfant y a constamment ses doigts, on a dû lui attacher les mains. Du 20 au 25 il refuse toute nourriture et ne boit que du lait, le pouls est très-fréquent quoique toujours régulier. la respiration accélérée, la face bouffie et cyanosée, surtout à gauche, les lèvres sèches et fuligineuses; il meurt enfin le 25 sans troubles nouveaux; pas de convulsions. Disons enfin que la température a été prise régulièrement matin et soir et que de 38° au début, elle s'est élevée progressivement à 40° et 41°; la rémission matinale était de 1° à 1°,50: le dernier jour, il a eu 40°,3 le matin et 42°,3 le soir, trois heures avant la mort.

Autopsie.—Les principaux organes ne présentent rien de saillant dans les cavités thoracique et abdominale. Le cœur renferme quelques caillots blanchâtres qui paraissent formés pendant la période agonique. Rien dans le foie, la rate, les reins et le tube intestinal.

Poumons. Ils sont congestionnés, surtout aux bases, et à la base gauche, il y a même quelques flocs de broncho-pneumonie. Les sommets et les parties moyennes renferment un certain nombre de granulations jeunes, la plupart grisâtres, qui paraissent être de formation récente; elles sont loin d'être confluentes comme cela se voit assez souvent chez l'enfant. Nous avons dit que l'on n'en retrouve pas dans les autres organes.

Encéphale. Rien à signaler dans les hémisphères cérébraux. Les méninges ne sont pas enflammées et s'enlèvent sans difficulté, les circonvolutions sous-jacentes sont saines; cependant on trouve un tubercule jaunâtre de la grosseur d'une petite noisette situé superficiellement à la partie la plus antérieure de la première circonvolution frontale gauche. Les nerfs optiques, leur chiasma et les noyaux du centre ne paraissent nullement altérés. Les ventricules sont très-légère-

ment dilatés et remplis par quelques grammes de sérosité citrine.

Le *cervelet* présente une dureté, une résistance de son lobe gauche qui est bien évidente dès l'incision de la tente que lui forme la dure-mère. La même consistance tout-à-fait anormale se remarque aussi dans la protubérance. Après une coupe horizontale du lobe gauche du *cervelet*, on trouve à son centre une masse énorme jaunâtre, sèche, caséeuse; toute la substance nerveuse centrale du lobe est détruite et ne forme plus à la périphérie qu'une sorte de coque de un centimètre en moyenne d'épaisseur. Rien dans le lobe droit. La *protubérance* vue de l'extérieur, est symétrique et paraît saine (nous avons déjà noté sa consistance remarquable), mais sur une coupe transversale, on trouve dans sa moitié gauche, un tubercule du volume d'une aveline et d'apparence absolument semblable à celui qui siège dans le *cervelet*. A son niveau, la substance nerveuse qui l'enveloppe a à peine deux millimètres d'épaisseur. Elle paraît saine dans la moitié droite. Rien enfin à noter dans le bulbe et les autres parties de l'encéphale.

4. Hématocèle rétro-utérine. Accidents épileptiformes. Mort.

Autopsie. Grossesse extra-utérine de trois mois; rupture. Mémorhagie intra-péritonéale: compression des urètres; urémie; par M. Charles LEROUX, interne des hôpitaux.

Cath. Justine, âgée de 29 ans, ménagère, entre le 3 mars 1877, dans le service de M. Dumontpallier, à l'hôpital de la Pitié, dans un état d'anémie extrême.

Cette femme, réglée depuis l'âge de 11 ans, avait toujours eu une menstruation régulière, mais toujours aussi ses règles duraient de 12 à 15 jours. Jeune fille, elle fut d'une bonne santé; mariée, elle accoucha normalement de trois enfants dans l'espace de plusieurs années et continua à jouir d'une bonne santé. Sans avoir de fortes couleurs, elle était loin d'être pâle; cependant depuis un an environ, sans cause connue, elle aurait perdu un peu ses forces. Vers le mois de novembre, elle ressent dans le ventre des douleurs assez vagues et se trouve plus faible, ces symptômes toutefois ne sont pas assez marqués pour l'empêcher de travailler. Cet état persiste jusqu'au 19 février. Jusque-là ses règles toujours régulières apparaissaient le 19 de chaque mois, durant de 12 à 15 jours. Le 19 février, elle est prise de douleurs vagues dans le ventre et voit apparaître ses règles; elle perd à peu près comme d'habitude, lorsque subitement, jeudi dernier 1^{er} mars alors que ses époques duraient encore, elle ressent des douleurs vives dans le bas-ventre, est prise de nausées, de vo-

misements, se trouve faible, est étourdie, devient pâle et froide et croit qu'elle va perdre connaissance. On la réchauffe. Pendant toute cette journée, elle accuse de vives coliques, et, outre une certaine quantité de sang liquide, elle perd, dit-elle, une sorte de « morceau de chair » ; ce qui, d'après ses réponses, ne devait être qu'un caillot. Cette masse ne présentait aucune poche, aucune membrane ; la malade affirme du reste ne pouvoir être enceinte. Elle perd encore dans la soirée quelques petits caillots. A partir de ce moment, la pâleur et la faiblesse qui l'avaient subitement prise, persistent chez elle, et de plus un certain degré de surdité que depuis longtemps elle accusait, s'accroît également.

Le lendemain, elle se trouve encore plus pâle et plus faible ; aussi le 3 mars (samedi) entre-t-elle à l'hôpital.

État actuel. — Cette femme est d'une pâleur extrême, les muqueuses sont complètement décolorées, les lèvres pâles, la face sans être amaigrie offre la coloration de la vieille cire blanche jaunie par le temps ; le regard est éteint ; les pupilles dilatés ; il n'y a pas d'œdème. Elle répond bien aux questions, mais présente un tel état de faiblesse qu'il y a lieu de craindre à chaque minute une syncope ; aussi l'examine-t-on sans la remuer. En découvrant la malade, on retrouve sur tout le tégument externe la pâleur de la face. L'abdomen est volumineux, dur, tendu ; on y constate la présence d'une tumeur dure, bosselée, assez résistante, mais élastique, occupant toute la partie sous-ombilicale de l'abdomen. En haut elle commence à deux travers de doigt de l'ombilic et descend en bas jusque dans le petit bassin ; elle occupe également la plus grande partie de la fosse iliaque droite, se prolongeant mais dans une étendue moindre jusque dans la fosse iliaque gauche.

Une percussion légère démontre que toute cette région est mâte, tandis qu'au-dessus on retrouve la sonorité intestinale. Cette tumeur, plus molle en certains points, doit se composer de parties solides et d'autres liquides. En pratiquant le toucher vaginal, on tombe directement sur le cul-de-sac rétro-utérin qui forme une saillie arrondie, se laissant facilement déprimer et n'offrant ni dureté, ni fluctuation bien manifestes. Les culs-de-sac latéraux sont également effacés. Le col est fortement poussé en haut et en avant derrière le pubis. En recourbant le doigt en crochet, on trouve son orifice entr'ouvert, mollassé, permettant l'introduction de l'extrémité de la phalange unguéale. La femme étant très-faible on lui évite le toucher rectal. Il n'y a pas eu de selles depuis 3 jours environ. Elle ne perd plus de sang par le vagin, mais quelques mucosités teintées de sang. Rien du côté des poumons ; les

battements cardiaques sont réguliers, peu accentués, mais il n'y a aucun souffle; du côté des vaisseaux du cou, on trouve un bruit de souffle à double courant.

En raison de la pâleur subite, de la faiblesse, de l'anémie, de la tumeur abdominale, etc., on est conduit à diagnostiquer : Hématocèle rétro-utérine avec épanchement considérable.

Le lendemain 4 mars, la pâleur est toujours extrême et la malade plus faible que la veille, le pouls petit mais encore nettement perceptible, vif, régulier; la peau est fraîche, surtout aux extrémités; le ventre est plus tendu, plus dur, plus volumineux; dans la soirée du 3, elle eut deux syncopes et un vomissement; elle n'a pas uriné depuis 24 heures; on la sonde et on retire un quart de litre environ d'urine. Dans l'après midi, la malade a deux syncopes.

5 mars. Même état; il semble toutefois qu'il existe un léger degré d'amélioration; malgré tout, comme il y a eu plusieurs syncopes la veille, et qu'en raison de l'état d'anémie et de faiblesse toujours très-marqué il y a lieu de craindre de nouvelles syncopes, on pense à la transfusion du sang. Tout est préparé pour pratiquer cette opération, si les syncopes reparaissent et se répètent coup sur coup au point de menacer la vie de la malade, mais aucune syncope ne se produisant dans l'après-midi et dans la soirée, et l'état de la malade paraissant s'améliorer, on laisse de côté la transfusion. La nuit n'est pas mauvaise.

Le lendemain matin, 6 mars, quelques minutes avant la visite, trois syncopes se succèdent rapidement; aussi trouve-t-on la malade extrêmement faible, dans un état de prostration assez marqué avec tendance au sommeil. On ne fait néanmoins pas la transfusion. Pas de nouvelle syncope ni dans l'après-midi, ni dans la soirée; vers 4 heures, le pouls bat à 108, est petit mais très-perceptible.

5 mars. Pas de syncope dans la nuit; la malade est plus forte, mais abattue, parle même avec une certaine gaieté, les extrémités sont plus chaudes et le pouls plus fort. Elle accuse une constipation opiniâtre, mais tous ces jours-ci elle a uriné seule.

8 mars. Jusqu'alors elle se plaignait (depuis son entrée) de bourdonnements continuels dans les oreilles et de nuages devant les yeux. Aujourd'hui ces nuages sont bien moins marqués, les bourdonnements sont devenus intermittents et moins forts; la malade est plus éveillée, moins pâle et la surdité, qui, les jours précédents, était à son maximum est moins accentuée.

9 mars. Amélioration notable. Pas de syncope. Elle va à la

selle et urine spontanément. Le ventre est moins tendu, moins dur; la langue est sèche, la soif vive, la bouche empâtée.

Le 10, l'état est à peu près le même; mais dans la nuit, elle est prise d'une syncope assez longue.

Le 12, la malade est assez agitée; elle se découvre, cherche à s'asseoir sur son séant, a un peu de délire. Rien de nouveau les jours suivants; elle est plus calme, moins faible, urine et va à la selle.

Vers le 15, elle se plaint de douleurs dans le côté gauche de la poitrine; on ne trouve rien, ni à l'auscultation, ni à la percussion; mais, dès le lendemain, la peau est chaude, sèche, les pommettes sont rouges, le ventre n'est pas plus douloureux que les jours précédents. Dans la soirée, elle a deux vomissements et la température atteint 39°.

Le 17, elle ressent à droite dans la région iliaque, une douleur assez vive, continue. L'état fébrile est plus marqué que la veille; le soir, le thermomètre marque 40° 2, et comme il n'y a pas eu de nouveaux vomissements, que le ventre n'est ni plus douloureux, ni plus ballonné, on pense qu'une résorption putride est la cause de cette élévation de la température. Le lendemain, les phénomènes abdominaux sont plus marqués, la douleur au palper, assez vive, le ballonnement plus étendu; la malade a, de nouveau, eu plusieurs vomissements. Il y a donc lieu de penser qu'il s'est fait autour de la tumeur sanguine un peu d'inflammation péritonéale. Toutefois ces phénomènes durent peu, puisque le troisième jour, c'est-à-dire, le 20 mai, ces symptômes ont presque totalement disparu. Pendant ces quelques jours, la température s'est maintenue très-élevée : 39° 5 le matin et 40° le soir.

Le 19, la température atteint son maximum 40°, le matin et 41° 2 le soir. *Le 20*, la température baisse d'une manière notable puisqu'elle n'est que de 38° le matin et 39° le soir.

Ce même jour avec l'abaissement de la température, coïncident deux nouveaux phénomènes : tout d'abord, l'apparition de quelques gouttes de sang par le vagin, fait qui coïncide avec l'époque de la menstruation (19 ou 20 de chaque mois) et secondement une attaque de nature singulière. Vers onze heures, subitement, sans cri, sans aura, elle est prise de contracture des quatre membres, surtout des membres supérieurs qui se maintiennent dans la flexion. La tête est animée de mouvements de rotation de droite à gauche et réciproquement; les yeux sont également agités de mouvements divers, la langue est projetée au dehors; pas de morsure, ni salivation, ni mousse; le poulx est petit, précipité; les battements cardiaques sourds et rapides, il y a des faux pas du cœur.

Le 21, pas de crise analogue à celle d'hier; température de même que la veille.

22 mars. A sept heures et demie du matin, la malade est prise d'attaques épileptiformes à accès multiples séparés par une détente d'une durée variable. A neuf heures, au moment de la visite, on la trouve dans l'état suivant : la perte de connaissance est complète, le visage pâle, les lèvres violacées, les yeux largement ouverts, les pupilles dilatées, les globes oculaires immobiles, les traits non déviés, la bouche entrouverte laissant voir la langue agitée de tremblements sans projection au-dehors.

La tête subit un mouvement de rotation de droite à gauche; la respiration est rapide stertoreuse (60 par minute), le pouls bat 120. Les membres supérieurs dans une flexion complète, sont contracturés, les membres inférieurs sont dans l'extension et contracturés. A cette période de convulsions toniques succèdent des convulsions cloniques, mais peu accentuées. Les membres supérieurs sont portés, toujours fléchis et contracturés, dans l'adduction et la main raidie, rencontre soit la face, soit la poitrine qu'elle égratigne; puis survient une détente, les muscles se relâchent, la respiration devient plus lente, les selles involontaires, mais la malade est toujours sans connaissance et insensible. Pendant cette crise, la flagellation de la poitrine déterminait dans le bras correspondant au côté frappé une exagération de la contracture.

Après une détente de quelques minutes, un nouvel accès reprend : contracture des membres supérieurs, flexion exagérée des avant-bras et des poignets, rotation de la tête et du tronc de gauche à droite; extension et contracture des membres inférieurs; coloration violacée de la face et des lèvres, pâleur exagérée des extrémités qui se recolorent bientôt, tandis que la face devient pâle; pas de mouvements cloniques, détente, la respiration devient extrêmement lente (8 par minute), et se régularise enfin. Nouvelle crise un quart d'heure après. Contracture analogue, suivie bientôt de mouvements de projection peu marqués du bassin et de petits cris; les yeux sont fixes, les pupilles dilatées, il semble que la malade soit sous le coup d'une hallucination.

Ces attaques se continuent jusqu'au lendemain matin, séparées les unes des autres par des périodes de calme plus ou moins longues pendant lesquelles la malade ne recouvre point sa connaissance, qu'elle ne reprend guère que le lendemain 23, vers sept heures du matin, après être restée 24 heures dans l'état que nous venons de décrire.

23 mars. — Vers neuf heures, la malade est dans la résolution et paraît avoir sa connaissance; elle semble vouloir parler

mais ne peut, vu son état grave ; elle présente, en effet, un faciès asphyxique, violacé ; la respiration assez lente, fait entendre de gros râles trachéaux, râles qui existeraient depuis plusieurs heures ; le poulx est petit, bat à 90, la peau couverte de sueurs ; la température est à 39° 5 ; cet état s'aggrave et la malade meurt le soir à 9 heures.

AUTOPSIE. — A l'ouverture de l'abdomen, on voit que le grand épiploon descend jusque vers le pubis et adhère aux parties sous-jacentes ; on le détache dans toute son étendue en décollant ses adhérences profondes. Au-dessous, on trouve une suffusion pigmentaire noirâtre qui occupe tout l'abdomen. Les anses intestinales agglutinées par des adhérences fibrineuses sont refoulées dans la partie sus-ombilicale de l'abdomen, tandis que la partie sous-ombilicale est remplie par le caillot, l'utérus et ses annexes.

L'*utérus*, dont le fond très-visible, est singulièrement élevé et porté en avant, dépasse de trois travers de doigt le niveau du pubis ; il est accolé à la symphyse pubienne contre laquelle il comprime la vessie ; le bas fond de l'utérus est recouvert par une partie du caillot fibrineux. De ses côtés partent les ligaments larges qui, par leur face antérieure, sont accolés aux parois antérieures et latérales du petit bassin ; cette face antérieure des ligaments larges paraît normale. La tumeur sanguine offre un volume considérable ; en haut, elle s'étend jusqu'à deux ou trois travers de doigt de l'ombilic, plonge en bas dans le petit bassin entre le rectum et l'utérus, et latéralement se prolonge jusque dans les fosses iliaques peu du côté gauche, mais du côté droit, elle l'occupe en grande partie.

La tumeur se compose : 1° de la poche ; 2° du caillot.

La poche est formée par les organes voisins réunis par des dépôts fibrineux et des adhérences molles ; à droite, par le cœcum, le colon ascendant et la fosse iliaque ; en haut, les anses intestinales refoulées ; à gauche, le colon descendant et la fosse iliaque ; en avant, l'utérus et le grand épiploon ; dans le petit bassin les parois sont formées par le rectum en arrière, l'utérus et les ligaments larges en avant. Les parois de cette cavité sont lisses dans toute leur étendue, aussi on peut isoler le caillot de tous les côtés, sauf au niveau du ligament large droit, aux annexes desquels il semble adhérer plus intimement.

Le caillot se prolonge de un centimètre à peine sur la face antérieure de l'utérus, sur les côtés et en avant ; il ne passe pas sur la face antérieure des ligaments larges qui est d'apparence normale. En arrière, il refoule le rectum ; sur les côtés, il s'appuie sur les fosses iliaques, mais surtout sur la droite ; il monte en haut jusque vers l'ombilic dont il reste

éloigné de 3 travers de doigt. La couleur et la constitution du caillot varient suivant les points où on le considère ; et c'est en le détruisant couche par couche que l'on peut se rendre un compte exact de ces détails. A son extrémité supérieure et à gauche, il est brun jaunâtre, assez résistant, élastique, fibrineux ; il devient d'autant plus rouge et cruorique qu'on se rapproche davantage du ligament large du côté droit et de la trompe du même côté. En disséquant le caillot, on peut reconnaître qu'il est formé de plusieurs couches distinctes, stratifiées, paraissant d'autant plus organisées qu'on se rapproche de la superficie de la masse sanguine. Dans le voisinage de la trompe, le caillot est brun-rouge cruorique. Cette masse semble donc être le résultat de poussées sanguines successives, dont les plus récentes sont les plus rapprochées du ligament large droit. En continuant la dilacération du caillot, on arrive sur une tumeur molle, élastique, qui fait hernie à travers les dernières couches du caillot fracturé, et s'affaisse en se vidant.

On sectionne cette poche que l'on reconnaît bientôt être une poche des eaux, et on trouve un fœtus attaché par son cordon à un corps rouge, foncé, élastique, qui n'est autre que le placenta.

Le fœtus mesurait dans sa longueur environ 5 centimètres et demi ; le cordon grêle, mais encore assez résistant, offre 9 centimètres de long, et le placenta 2 centim. d'épaisseur ; la grosseur doit donc remonter à peu près à deux mois et demi à trois mois.

Le pavillon de la trompe droite qui offre une très-légère dilatation se confond avec la masse placentaire ; le corps de la trompe n'offre rien de particulier, son canal n'est point obturé puisqu'on peut y faire passer un stylet assez facilement. L'ovaire offre le volume d'un petit œuf de pigeon vers une de ses faces ; on voit une saillie très-nette, ovulaire, de deux centimètres et demi de diamètre qui n'est autre que le corps jaune de la grossesse. L'ovaire et la trompe du côté gauche ne présentent rien à noter.

L'utérus dont les parois ont 2 centimètres d'épaisseur offre une longueur totale de 9 centimètres ; sa muqueuse est rosée, légèrement injectée dans le corps ; il n'y a pas de caduque visible à l'œil.

La vessie est revenue sur elle-même, comprimée contre le pubis et contient 150 grammes environ d'urine. Le rectum est refoulé contre le sacrum. En réunissant tous les fragments du caillot, on arrive au poids de 800 grammes, ce qui permet, avec ce qui reste adhérent soit à la trompe soit aux parties

voisines, d'évaluer à 1 kilogramme le poids de la totalité du caillot.

En détachant à droite et à gauche le caillot, on est frappé de rencontrer deux masses assez molles et fluctuantes du volume d'un œuf que l'on reconnaît être les reins. Par une dissection plus attentive on voit en effet que du côté droit le bassinet a pris un développement considérable, il a presque triplé de capacité; l'uretère du même côté est également considérable, il est environ quatre fois plus volumineux qu'à l'état normal dans sa partie supérieure c'est-à-dire depuis son origine jusqu'au niveau du détroit supérieur, point sur lequel il se trouve comprimé par le caillot; au-dessous il reprend son volume normal. Le rein droit est à peu près de volume ordinaire plutôt plus volumineux; son tissu est assez mou; une coupe le montre assez anémié dans toute son étendue; la substance corticale est d'un brun jaune mais sans diminution d'étendue; la substance tubulaire est injectée au niveau de quelques pyramides qui sont moins nettement délimitées qu'à l'état normal. Les calices ont triplé d'étendue. Du côté gauche dispositions absolument analogues mais à un degré moindre. Il y a donc eu là sans aucun doute un obstacle assez marqué mais non total à l'excrétion de l'urine.

L'urine contenue dans la vessie prise et examinée *post mortem* contenait 6 gr. 1/2 d'urée pour 1000; et dans l'uretère droit 3 gr. 1/2 pour 1000.

Les autres organes ne présentent rien de particulier; dans le cerveau il n'y a ni épanchement ventriculaire ni œdème.

5. Néphrite interstitielle; congestion pulmonaire; par

P. BERNINEL, interne des hôpitaux.

Geoffroy (Pierre), 34 ans, peintre en bâtiments, est entré le 20 mars 1877, à la Pitié, service de M. Desnos, salle Sainte-Marthe, n° 34. Il est dans un état de subdélirium et de dyspnée qui ne lui permet pas de répondre à nos questions. On apprend cependant de diverses sources que c'est un grand buveur, que depuis 9 mois, il est assez sérieusement malade pour garder le lit, qu'avant ce temps il avait passé quelque temps à l'hôpital Cochin pour une affection indéterminée.

Etat actuel. — Ce malade présente une surcharge graisseuse énorme de tout le corps, ce qui, joint à un œdème, du reste peu considérable, le rend complètement impotent. La face est bouffie, les yeux hagards et injectés. On est tout d'abord frappé d'une dyspnée énorme (65 à 70 respirations par minute), ne permettant pas même au malade de parler. Il ne tousse pas et ne crache pas et l'auscultation, ni la percussion

ne révèlent rien d'anormal dans les poumons et la région précordiale, la matité du cœur semble augmentée, autant qu'on peut en juger à travers un pannicule graisseux qui ne permet pas de délimiter le point où bat la pointe. A l'auscultation, les bruits du cœur sont sourds, très-éloignés et masqués par le bruit respiratoire. Le malade ne pouvant suspendre sa respiration, on perçoit avec peine un bruit de souffle très-intense dont le maximum est à la pointe et qui remplace le premier bruit et le petit silence. Ce bruit semble s'irradier vers l'aiselle. Le pouls est petit et fréquent (95 puls.).

Le malade n'accuse aucune douleur en aucun point du corps; il y a un peu de fièvre (38°,5 dans le rectum.) L'appétit est nul; constipation. L'urine ne peut être recueillie à cause de l'état du malade, mais elle est très-rare et la literie est à peine mouillée. On parvient à en recueillir cependant quelques grammes : pas trace d'albumine, pas de sucre; mais une quantité énorme de carbonates et d'urates. Etat de subdélirium tranquille, mais sans rémission, avec insomnie. (Traitement : ventouses sèches en grand nombre; — 2 pilules purgatives d'Anderson.)

29. Le malade a eu des selles très-copieuses; la dyspnée est un peu moins intense.

1^{er} avril. Depuis sa purgation, le malade n'a cessé d'avoir de la diarrhée. Ce matin, la dyspnée est très-considérable, la face est rouge; il y a eu dans la nuit une épistaxis. Le délire est plus accentué. Le malade tousse un peu, mais il n'a pas la force de cracher. Le thorax offre à la percussion une submatité généralisée, et à l'auscultation, on entend des râles sous-crépitaux fins dans les deux poumons, mais plus abondants à droite. Temp. rect. 39° 1. Large vésicatoire sur la poitrine. Son état de dyspnée va en empirant de jour en jour et le malade meurt le 4 avril, à 8 heures du soir.

AUTOPSIE faite 36 heures après la mort.

Le pannicule adipeux présente à la face profonde de la peau de l'abdomen, une épaisseur de 4 centimètres; de 3 et 1/2 sur la face antérieure du thorax. Tout le tissu cellulaire viscéral est surchargé de graisse. Il n'y a que très-peu de liquide dans le péritoine.

La *plèvre droite* est adhérente au poumon dans toute sa partie antérieure; elle ne contient pas de liquide; — la *plèvre gauche* est saine. Les *poumons* présentent une congestion généralisée et très-intense, surtout à droite, où le tissu est d'un rouge-noirâtre uniforme; ils ne crépitent plus sous le doigt; pas d'infarctus.

Le *péricarde* est sain et ne contient pas de liquide; le *cœur* est énorme et comme étouffé dans une gangue adipeuse. Le

ventricule gauche est très-notablement hypertrophié : ses parois ont 2 1/2 centimètres d'épaisseur ; les fibres musculaires sont infiltrées de granulations graisseuses et la coupe du ventricule a une teinte jaunâtre très-marquée. Les orifices sont intacts et les valvules ne présentent point d'athérome. Le cœur droit ne présente rien d'anormal.

Le *foie* est très-gras et présente dans son lobe gauche des accumulations graisseuses considérables, sous forme de larges taches jaunâtres. La *rate* est saine : le *tube digestif* n'offre de spécial qu'une surcharge graisseuse très-considérable.

La *capsule adipeuse* des reins est très-développée et très-épaisse. Le *rein droit* est petit, ratatiné, irrégulier ; il ne pèse que 125 grammes. Il est dur, criant sous le scalpel ; à la coupe on voit que la substance corticale est détruite, il est d'un gris rosé : c'est l'aspect classique du *rein gouteux*. Il est creusé de quelques cavités kystiques, dans l'une desquelles on trouve un petit calcul noirâtre, composé d'acide urique. Vers le hile il est envahi par le tissu adipeux.

Le *rein gauche*, présente les mêmes lésions, mais à un degré bien moins avancé : l'atrophie commence à peine. Il n'offre ni kyste, ni calcul, mais une énorme quantité de graisse autour des bassinets et du calice.

Le *cerveau* ne présente rien d'anormal.

6. Hémiplégie gauche, puis droite; escharre au sacrum; mort en quelques jours. — Foyers d'encéphalite développés dans le cours d'une syphilis grave ; par BARTHÉLEMY, interne des hôpitaux.

Marie G., âgée de 27 ans, domestique, entrée à l'hôpital de Lourcine (service de M. Martineau), le 27 décembre 1876. Le 30 décembre on constate des syphilides périanales et périvulvaires papulo-hypertrophiques et érosives, répandant une odeur infecte, nombreuses, surtout confluentes sur la grande lèvre droite qui est très-tuméfiée : syphilides papuleuses disséminées sur tout le corps. Vagin rouge et purulent. Pléiade ganglionnaire dans les deux aines. A la surface, les syphilides papuleuses sont aussi confluentes ; elles sont revêtues de croûtes jaunâtres ; ce qui sur certains points leur donne l'aspect impétigineux. Céphalée peu intense mais continue depuis une quinzaine de jours. La malade a toujours l'air hébété ; réponses justes mais lentes ; pleurs faciles, malpropreté.

11 mars. Malgré l'appétit conservé et les digestions bonnes, à part une constipation habituelle, l'état général est toujours mauvais. La malade est pâle, fatiguée ; elle a des sueurs abondantes la nuit, la peau moite le jour et le pouls petit et fré-

quent. Syphilides papuleuses toujours très-nombreuses sur le corps. Plaques muqueuses guéries à la vulve.

14 mars. Embarras gastrique. Ipéca. Suspension du traitement antisiphilitique.

16 mars. Maux de tête surtout à la région occipitale; la malade garde le lit. Epistaxis légère. Constipation. On reprend le traitement mercuriel (liq. de Van Swieten, 2 cuillerées par jour.

18 mars. Accablement, somnolence, hébétude plus grande. Dans la journée, la malade se lève un peu, mais elle est si faible qu'après s'être baissée très-difficilement, elle ne peut se relever sans aide. Elle se plaint d'avoir toujours froid, passe sa journée auprès du fourneau, se sentant « toute étourdie » accusant des troubles visuels et des bourdonnements d'oreille. D'ailleurs pas de diarrhée ni de colique; pas de douleur ni de gargouillement à la pression de la fosse iliaque droite.

19 mars. Langue sale, haleine mauvaise. On remplace la liq. Van Swieten par des frictions d'onguent mercuriel. Temp. Axil. 37,9 matin. soir 38,2.

22 mars. Même état. Hier un vomissement bilieux spontané; constipation persistante malgré lavements. 37,9. Céphalalgie. Pendant la nuit, insomnie, agitation, subdélirium.

25 mars. Ventre souple, non douloureux. Vomissements après les repas. — 28 mars. Surdité, troubles visuels, céphalalgie opiniâtre, insomnie, subdélirium nocturne. Somnolence, hébétude dans la journée. Yeux ternes, abattus, non convulsés. Langue sale sans tremblement. Mâchonnement continu.

29 mars. Sans que rien pût le faire prévoir, sans qu'on ait remarqué d'attaque ou de perte de connaissance, la malade a été trouvée ce matin atteinte d'hémiplégie gauche bien nette. Pouls 54. Respiration régulière, de loin en loin un profond soupir ou quelques faibles gémissements. La malade ne semble pas comprendre ce qu'on lui dit. Sensibilité conservée. Selles involontaires. Rien à droite. Pupilles également dilatées. Orbiculaires et releveurs des paupières intacts.

30. Revenue à elle la malade n'accuse ni douleurs ni fourmillements. Céphalalgie obtuse. Pouls petit, régulier, fréquent, 112. La paralysie motrice est complète dans tout le côté gauche du corps; le mâchonnement persiste.

31. Douleur quand on presse la région rachidienne. Grande raideur au niveau de la nuque. La tête est renversée en arrière. Soif vive; voix nasonnée.

1^{er} avril. Pas de convulsions. Selles inconscientes. Torpeurs diurnes. Subdélirium nocturne presque continu.

2. Ce matin on trouve la malade dans le coma et on constate d'une manière évidente que la paralysie s'est étendue à tout

le côté droit, est par conséquent devenue générale et absolue.

4. Nuit très-agitée. Bavardage continu, incompréhensible. Le jour, on ne tire que très-difficilement la malade de sa torpeur. Elle fait quelques réponses mais ne prend la parole pour rien. Elle avale bien en buvant. Soupirs intermittents; mâchonnement. Sueurs profuses. Temp. 41,8. Pouls petit, régulier, innombrable. Les réflexes sont abolis; la sensibilité intacte. Eschare au sacrum en deux points, plus prononcée à gauche. Œdème environnant. Les paupières sont abaissées mais non paralysées; il faut même une certaine force pour empêcher la malade de les soulever quand elle veut le faire. Pupilles normales. Mastication et déglutition faciles. De loin en loin, la malade avale de travers et tousse. Rien dans la poitrine. Rien au cœur. Jamais elle n'a eu de rhumatisme. Face légèrement colorée, non congestionnée. Urines très-ammoniacales. Mort dans la soirée sans convulsion.

Autopsie le 6 avril. — *Poumons* congestionnés à la base du poumon gauche une large ecchymose sous pleurale. Dans l'estomac, la nuqueuse de la petite tubérosité est le siège de nombreuses taches ecchymotiques lenticulaires, sans ulcération. Foie volumineux, légèrement grassex. *Intestins, cœur, rein, moelle* parfaitement sains.

Cerveau. La face inférieure du lobe frontal droit est sensiblement plus large et plus molle que celle du côté opposé. Toutes les artères de la base, celles de la scissure, du corps strié sont parfaitement saines. Le bulbe, la protubérance n'offrent ni dégénération secondaire, ni teinte grisâtre. Circonvolutions normales; méninges remarquablement minces, sans adhérence à la substance cérébrale qui, à la coupe, est remarquablement pâle et anémiée. Pas de liquide sous-arachnoïdien ni intra-ventriculaire.

Hémisphère gauche. Sur les coupes de la région fronto-pariétale, on voit, dans la substance blanche sous-jacente aux circonvolutions, une série de petites lacunes du volume d'une lentille, grisâtres non diffluentes, mais plus molles que le tissu ambiant et se déprimant par la coupe.

Hémisphère droit. Sur les coupes préfrontale, pédiculo-frontale et pariétale, on trouve les mêmes lésions que du côté opposé, mais beaucoup plus accentuées.

Substance grise intacte. Substance blanche seule affectée. L'examen microscopique a montré seulement qu'on avait affaire à des foyers d'encéphalite, mais sans en indiquer la nature.

Sans doute la syphilis n'exempte pas des affections cérébrales et un syphilitique peut en être atteint tout aussi bien qu'un individu non contaminé; il est néanmoins difficile ici de

ne pas faire jouer un rôle quelconque à la syphilis qui était grave et qui avait cachectisé la malade. Comment, en effet, expliquer autrement une lésion cérébrale grave, *symétrique*, si rapide, chez une femme jeune ayant le cœur, les artères et le reste des centres nerveux dans un état d'intégrité parfaite?

Séance du 13 avril 1877.

PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

7. Hémianesthésie temporaire de cause cérébrale; par M. P. OULMONT, interne des hôpitaux.

Géra.. Laurence, 88 ans, entre le 31 janvier 1877, à l'infirmerie de la Salpêtrière dans le service de M. CHARCOT. La malade se promenait tous les jours, ce matin encore, en s'appuyant sur une canne. Cependant on avait remarqué depuis le jour même un peu de faiblesse du côté gauche : elle traînait un peu la jambe et saisissait moins bien de la main gauche. En déjeunant, assise sur une chaise, elle penche tout à coup du côté gauche, sans tomber, est prise de nausées fréquentes; le bras gauche fléchi et les doigts en griffes elle cherche, sans y arriver, à atteindre la nourriture placée devant elle. Pas de mouvement dans la jambe ni dans la face. Pas de perte de connaissance.

Transportée à l'infirmerie, la malade montre toujours la même tendance à tomber du côté gauche. Son intelligence est affaiblie. Pas d'embarras de la parole. Pas de paralysie motrice. Les jambes et les bras paraissent égaux en force des deux côtés. Seulement, il semble y avoir une légère déviation de la face à droite; le pli naso-labial droit est plus profond que le gauche; les plis secondaires qui en partent sont aussi plus nombreux et plus marqués.

Hémianesthésie complète, au toucher, à la douleur, occupant tout le côté gauche du corps, la face, le tronc et les membres. Nausées continuelles, exagérées par les mouvements qu'on lui imprime, sans vomissements.

Le 12 février, l'intelligence de la malade baisse rapidement;

elle gâte, et trouble par ses cris continuels le repos de ses voisines. Les membres inférieurs sont très-affaiblis et ne peuvent la soutenir. Les membres supérieurs sont intacts. L'hémianesthésie a complètement disparu et la sensibilité est égale des deux côtés du corps.

L'affaiblissement s'accroît tous les jours davantage. On trouve de la submatité à la base des deux poumons de chaque côté; râles humides, surtout à l'inspiration, assez nombreux dans les deux tiers inférieurs, la sensibilité est toujours intacte. Mort le 31 mai.

AUTOPSIE. — *Cerveau.* Méninges saines, se détachant facilement. Artères de la base athéromateuses. Pas de lésions de circonvolutions. Hémisphère gauche sain.

Hémisphère droit : sur une coupe verticale pratiquée au niveau du pied des circonvolutions frontales antérieures, foyer hémorragique rempli par un caillot ocreux ; ce foyer, presque linéaire à ce niveau, s'élargit en arrière au point d'avoir 15 mill. environ de largeur au niveau de la coupe passant par la circonvolution frontale ascendante. Ce foyer est situé sur la limite de la capsule externe, et du noyau lenticulaire du corps strié qu'il repousse un peu en dedans vers la capsule interne.

«La conformation de ce foyer explique facilement la présence de l'hémianesthésie, puis sa disparition. Ce foyer, par son volume, a comprimé pendant les premiers jours la partie postérieure de la capsule interne, en refoulant contre elle le noyau lenticulaire ; plus tard, au bout de 8 à 10 jours, la rétraction ordinaire s'étant produite dans le caillot, la compression de la capsule interne a cessé, et les fibres nerveuses sont redevenues perméables aux impressions sensibles.

Cœur. Épaississement du bord de la valvule mitrale. Pas d'hypertrophie ventriculaire. Le muscle est sain.

Poumon. Léger épanchement dans les plèvres. Œdème occupant le bord postérieur et le lobe inférieur des deux poumons.

S. Syphilis osseuse et viscérale ; par P. OULMONT, interne des hôpitaux.

Belliè... Julianne, âgée de 34 ans, est depuis juillet 1874 dans le service de M. CHARCOT, à la Salpêtrière. Un an auparavant, la malade avait contracté la syphilis, après deux mois de mariage, et avait présenté dans le cours de l'année plusieurs éruptions syphilitiques circonscrites de la face et du sein qui furent guéries à Saint-Louis par le traitement spécifique. Dès son entrée à la Salpêtrière, où la malade est admise

pour une difformité traumatique des doigts de la main droite, on constate une tumeur volumineuse adhérente à la face externe de l'humérus droit, vers son extrémité supérieure. Cette tumeur présente tous les caractères de l'ostéo-périostite spécifique. Après douze mois de séjour en chirurgie, les symptômes aigus disparaissent mais il persiste une tumeur dure, adhérente à l'os, du volume d'une grosse noix.

En 1875, même phénomène du côté de l'humérus gauche, tumeur douloureuse, à exacerbations nocturnes, adhérente à la partie inférieure de l'os, volumineuse.—Chapelet ganglionnaire très-accentué à la nuque et le long du sterno-mastoïdien. Sur le cuir chevelu, au sommet de la tête, deux fistules dont l'apparition date de 6 mois environ, se fermant et s'ouvrant alternativement, par lesquelles le stylet pénètre jusqu'à l'os sur lequel il s'enfonce en déplaçant de petites esquilles.

En 1877, l'état de la malade n'a pas changé. Les tumeurs des humérus, les fistules du cuir chevelu persistent. Depuis quelques mois, l'état général a baissé rapidement. Cachexie profonde. Maigreur squelettique. Pâleur. Appétit nul. Sommeil troublé par les exacerbations douloureuses de la tête et des bras. La malade ne peut se tenir debout. Diarrhée abondante, difficile à réprimer. Pas d'albumine dans les urines.—Rien dans les poudrons. Rien au cœur.

Vers la fin de février, péritonite du bassin avec tympanisme considérable et épanchement remontant jusqu'à 3 ou 4 centimètres au-dessous de l'ombilic. Ventre modérément douloureux, surtout à la région hépatique. Vomissements bilieux. La mort arrive au bout de 15 jours, le 12 mars 1877.

AUTOPSIE.—L'abdomen contient un litre environ de sérosité louche, dans lequel le microscope découvre de nombreux leucocytes. Aspect des intestins et du péritoine, blanc et lavé. Le foie adhérent au diaphragme et aux organes voisins par des adhérences très-lâches, attestant qu'il a subi un mouvement de retrait; le foie est un exemple typhique du foie botryoïde.

Les deux humérus sont enveloppés, vers leur extrémité inférieure, comme d'un manchon osseux de 4 à 5 centimètres de longueur sur environ d'épaisseur, à surface externe irrégulière et comme vermoulue, mais très-dure.

Au crâne, les pariétaux et l'occipital, vers la ligne médiane, sont comme vermoulus dans une étendue de plusieurs centimètres. — Toutes ces pièces sont déposées au musée Dupuytren.

9. Petit rein jaune; dernier degré de la néphrite parenchymateuse; par P. OULMONT, interne des hôpitaux.

Elisa Bro...., 53 ans, atteinte de rhumatisme noueux avec déformation très-marquée des mains et des pieds, meurt le 5 avril dans le service de M. CHARCOT, à la Salpêtrière. Les reins de cette malade présentent un exemple typique de la dégénérescence connue sous le nom de petit rein jaune. Souvent confondue à tort avec le rein contracté de la néphrite interstitielle, cette lésion est le dernier degré de la néphrite parenchymateuse. La surface présente non pas les granulations fines, régulières, analogues à des grains de semoule, du rein interstitiel, mais des sillons irréguliers, séparant des saillies sinueuses, de telle sorte que la surface du rein représente assez bien l'aspect des circonvolutions cérébrales. Cette différence dans l'aspect macroscopique, se retrouve d'une façon tout aussi tranchée dans la localisation microscopique des lésions. L'examen microscopique des pièces confirme les descriptions du petit rein jaune données par M. Charcot et les auteurs anglais.

M. CHARCOT fait remarquer que cette forme de petit rein a été décrite et figurée par Johnson qui l'appelle le *petit rein jaune* pour le distinguer du *petit rein contracté*.

Ces sont là, en effet, deux formes d'altérations rénales anatomiquement et cliniquement distinctes. Le petit rein contracté est le résultat d'une néphrite interstitielle le petit rein jaune est la conséquence d'une néphrite parenchymateuse, ou plutôt, il est le dernier terme de l'altération que produit au début le gros rein blanc. Ces deux formes de lésions produisent des symptômes très-différents : avec le petit rein contracté on observe l'hypertrophie du cœur, les troubles spéciaux de la vision, l'absence d'œdème, et la mort a lieu le plus souvent par urémie. Avec le petit rein jaune coexistent les symptômes des néphrites parenchymateuses, les hydropisies abondantes, les œdèmes étendus, les phlegmasies gangreneuses de la peau, etc. Au point de vue anatomique, les différences sont tout aussi tranchées. Le petit rein contracté présente, à sa surface, de petites granulations d'un volume à peu près égal dans lesquelles les parties saillantes correspondent au faisceau médullaire du lobule rénal, relativement moins altéré que le labyrinthe qui est déprimé par suite de la rétraction du tissu conjonctif de nouvelle formation. Dans le rein jaune, au contraire, il n'y a

pas de granulations régulières à la surface; à leur place existent des plaques saillantes, irrégulières, jaunâtres, séparées par des sillons sinueux et rouges. Les plaques saillantes correspondent à des îlots distribués sans ordre dans lesquels les épithéliums remplis de graisse sont tuméfiés. Les sillons déprimés sont les points où les épithéliums, détruits par la dégénérescence graisseuse antérieure, ont été résorbés ou éliminés. Ces altérations épithéliales produisent donc, à une certaine période, un gonflement jaunâtre du tissu rénal, et à une période plus avancée une dépression à la surface du rein.

En résumé, il faut distinguer deux formes de petits reins : le petit rein jaune et le petit rein rouge. Le premier procède de la néphrite parenchymateuse et constitue une étape des lésions qui, à une autre période, caractérisent le gros rein blanc, le second procède de la néphrite interstitielle.

10. Atrophie partielle et croisée du cerveau et du cervelet; ramollissement cérébral; hémiplegie gauche; paralysie de la paupière gauche; ancienne hémiplegie à droite guérie; Destruction du territoire sylvien, prononcée au pôle courbe et sur la frontale ascendante, à droite; lésions centrales anciennes à gauche; un foyer de ramollissement dans la moëlle; par Henri de BOYER, interne des hôpitaux.

Le 26 mars, entre, salle Saint-André, lit n° 6 (Bicêtre, service de M. Bouchard), le nommé T... âgé de 70 ans.

Cet homme a déjà été soigné à la Charité, en 1876 pour une hémiplegie droite; entré en novembre 1876 à l'hospice, il fut bientôt pris de démence sénile avec idées de persécution. Après être resté quelques mois dans cet état, il fut le 25 mars frappé d'apoplexie: le malade avait perdu l'œil droit qui était atrophié; nous n'avons pu recueillir aucun renseignement sur ses antécédents.

27 mars. Le malade semble paralysé du bras droit et de la jambe gauche; en tous cas les mouvements réflexes sont moins prononcés à gauche qu'à droite, il y a aussi plus d'anesthésie de ce côté. Pas de convulsions, pas de contractures: pas de paralysie faciale, pas de nystagmus ou de déviations oculaires, légère chute de la paupière gauche (œil sain), le malade ne peut l'ouvrir comme il fait de la droite.

Matin. T. R. 38°,9. P. 104. R. 22. — *Soir.* T. R. 39°,4.

Légère rotation de la tête à gauche. — Le malade gâte.

28 mars. Cet état se prononce, le malade est complètement paralysé à gauche, n'a pas perdu la parole, mais il est plongé

dans un demi-coma qui ne lui permet pas de s'expliquer. — Pas de contractures, même du côté de l'ancienne hémiplegie, pas de paralysie faciale, mais le malade ne peut tirer la langue: une double eschare fessière commence tout près du sacrum. T. 39°. — Soir: 39°,9.

29 mars. Même état. Anesthésie de la face, du tronc et des membres à gauche, diminution des mouvements réflexes, l'eschare s'étend au sacrum. 39°,8; — Soir: 39°,9.

30 mars. T. 39°,4. — 39°,8 soir.

31 mars. T. 39°,6. — 39°,9 soir.

1^{er} avril. Les 4 membres sont flasques, abolition complète de la sensibilité et des réflexes. — Le malade n'avale plus depuis deux jours. T. R. 40°. — Mort le soir.

AUTOPSIE. — Cœur, reins, foie gras; persistance du canal de l'ouraque, oblitéré seulement au niveau de la cicatrice ombilicale, adhérences de l'épiploon et changement de position de l'S iliaque qui, grâce à ces adhérences, occupe la fosse iliaque droite et recouvre complètement le cœcum.

Inflammation chronique du gros intestin. — Sclérose du sommet des poumons et dilatations bronchiques consécutives.

Cerveau. Le crâne est déformé, il est très-dolichocéphale, déprimé au niveau de la suture fronto-pariétale; l'écaille occipitale est très-peu développée, — épaisseur considérable des os du crâne. L'encéphale adhère à la dure-mère, mais est cependant rétracté, surtout du côté gauche. Adhérences de la pie-mère au cerveau et à la dure-mère; pas d'épanchement méningé, l'hexagone artériel est complètement athéromateux, le tronc basilaire est oblitéré incomplètement par un caillot ancien et canaliculé; la vertébrale gauche est très-petite et la droite, très-volumineuse, se continue à plein canal avec le tronc basilaire.

La sylvienne droite est oblitérée complètement par deux caillots dont un, ancien, résistant, adhère aux parois dégénérées du vaisseau.

Le cerveau est asymétrique, le lobe cérébral droit est plus ramassé et moins long que le gauche, et le lobe cérébelleux gauche est moins volumineux que le droit; on a donc une atrophie cérébrale croisée. — La protubérance est symétrique, les pyramides sont pareilles.

a) *Lésions corticales.* Toute la face externe de l'hémisphère droit est le siège d'un ramollissement étendu, correspondant au territoire sylvien tel que l'a décrit Duret; le ramollissement est tout-à-fait cortical sur T3 T2 T1; il est étendu dans la profondeur de P2 et sur la branche ascendante de la scissure de sylvius où il occupe surtout le pied de la marginale antérieure et de la F3; on trouve en outre du ramollissement sur le mi-

lieu de la marginale postérieure près de l'origine de la scissure inter-pariétale et sur la partie antérieure de F2; la première, fortement adhérente, adhère au tissu ocreux ramolli et entraîne de grandes plaques de substance corticale quand on cherche à l'enlever.

La *face externe de l'hémisphère gauche* présente les traces d'un ramollissement cortical ancien et des adhérences dans tout l'espace compris au-dessus de la scissure inter-temporale (parallèle) et au-dessous de la scissure inter-pariétale. Ramollissement de la partie antérieure de F3, rien au niveau des points donnés comme centres moteurs.

La *face interne de l'hémisphère droit* présente des points de ramollissement sur les lobes unciforme et lingual, ainsi que sur le coin et sur la partie la plus inférieure de l'avant-coin et sur le pied de la circonvolution crétée.

La *face interne de l'hémisphère gauche* offre des lésions à peu près symétriques à celles de l'H droit; à travers la paroi ventriculaire on voit une cicatrice ancienne de ramollissement siégeant dans la queue du noyau caudé. La couche optique paraît plus ramassée que la droite.

La *face supérieure* des hémisphères présente un ramollissement profond occupant la partie toute supérieure de la marginale antérieure à droite.

Des points de ramollissement superficiel siègent sur F1 et F2 à la partie antérieure. La *face antérieure* ne présente de lésions que sur T4, T5 à droite, et T4 et hippocampe à gauche. Nous avons déjà signalé l'asymétrie du cerveau.

Rien de cortical au bulbe, à la protubérance, au cervelet.

b) *Lésions centrales.* Le centre blanc est atteint, à droite, par un ramollissement qui est sous-jacent à celui de la surface corticale; de véritables godets sont creusés dans le cerveau, principalement au niveau de la branche ascendante de la scissure de Sylvius et sur la partie postéro-inférieure du pli courbe: à la coupe on trouve quelques lacunes dans les centres blancs, rien aux masses grises.

A gauche quelques lacunes anciennes dans les cornes frontale et occipitale; un ancien foyer, gros comme un pois, occupe la partie postérieure du noyau caudé et un foyer cicatrisé bien plus considérable situé en avant, a détruit la partie supérieure de la première portion du noyau extra-ventriculaire du corps strié, en respectant l'avant-mur, et en empiétant sur le point de réunion des deux capsules interne et externe. Cette cicatrice est dans la région des hémiplegies vulgaires. Pas d'anévrysme miliaire. Le tissu cérébral est plus résistant qu'à l'état normal, surtout dans le lobe gauche (l'a-

trophie) : il semble que le rasoir coupe un cerveau déjà un peu durci.

L'examen du nerf optique droit montre qu'il est plus petit, plus dur; la couche optique gauche semble un peu atrophiée, surtout dans sa partie supérieure et interne; pas de changement de volume appréciable ou de coloration anormale des corps genouillés et des tubercules quadrijumeaux.

Moelle. A l'œil nu elle ne présente pas de dégénération secondaire; un petit foyer de ramollissement à droite en bas tout près de la fin de la moelle. Congestion intense des veines rachidiennes (1).

RÉFLEXIONS. Ce cas nous a paru intéressant à cause de l'étendue de la lésion corticale répondant bien à tout le territoire sylvien tel qu'il est décrit par M. Duret; en outre, il est à noter que le seul symptôme facial que nous ayons observé, la chute de la paupière gauche, s'explique par l'étendue et la profondeur de la lésion du pli courbe (voir le croquis); c'est un cas comparable à celui de *Grasset* rapporté dans la thèse de M. *Landouzy*; l'atrophie cérébrale est-elle en rapport avec la lésion déjà ancienne que nous y avons trouvée, est-elle due à la lésion de l'œil droit, est-elle congénitale?

Nous croyons qu'elle est due à un travail irritatif, car elle présente tous les caractères décrits par *Turner* et *Cotard* (thèses de Paris) entre autres la consistance plus marquée de la substance cérébrale, l'atrophie cérébelleuse, en outre la couche optique est un peu diminuée de volume: il y a sans doute eu névrite optique ascendante.

M. LANDOUZY connaît neuf cas de paralysie dissociée de la troisième paire, de chute de la paupière supérieure, liée à des altérations cérébrales. Dans ces neuf cas, les lésions occupaient une situation éminemment variable qui n'avait d'autres limites que celles mêmes du lobe pariétal. Ce que l'on peut dire de plus précis c'est que, dans la majorité de ces cas, les lésions occupaient soit le lobule du pli courbe, soit le pli courbe: d'après cela on voit que si l'existence de la paralysie isolée de l'élévateur de la paupière est bien établie en clinique, il s'en faut qu'on connaisse le siège, la localisation de cette paralysie dissociée.

M. CHARCOT dit avoir plusieurs fois observé une chute de

(1) Plusieurs dessins, représentant la topographie des altérations du cerveau et de la moelle sont déposés dans l'album de la Société.

la paupière supérieure sans strabisme et sans mydriase : récemment encore, une sexagénaire de son service présentait pendant plusieurs semaines, une blépharoptose du même côté qu'une hémiplégie faciale inférieure. La blépharoptose a disparu, l'hémiplégie faciale persiste.

11. Endocardite végétante des valvules mitrale et tricuspide. —

Rétraction de l'aponévrose palmaire par traumatisme ; par
Ch. RAY,

Picot, Jean-Joseph, marchand des quatre saisons, âgé de 62 ans, entre le 22 mars 1877, salle Sainte-Anne, 5, à l'hôpital Temporaire, service de M. Rigal.

Il s'accuse de boire. Il a eu fréquemment des rhumes à cause de sa profession. Il n'a pas d'autres antécédents à part quelques traumatismes. Sa maladie date du commencement de février 1877; depuis six semaines environ il était essoufflé, mais c'est depuis seulement huit jours qu'il a dû renoncer au travail.

État actuel. — Embonpoint modéré, pâleur des téguments avec cyanose légère des extrémités et des lèvres, œdème des deux malléoles de la partie postérieure des cuisses et de la paroi abdominale.

Dyspnée excessive. Inspiration rude aux deux sommets des poumons; en avant, respiration soufflante du haut en bas en arrière, avec mélange de râles sous-crépitaux.

Pointe du cœur dans le cinquième espace intercostal sur la ligne mamelonnaire. — Matité transversale commençant sur le bord droit du sternum. Souffle systolique rude dans le quatrième espace intercostal gauche, en dedans du mamelon. Le système artériel tout entier est atteint d'athérôme. Anorexie.

Foie mesurant 16 centimètres sur la ligne axillaire. Teinte ictérique légère des sclérotiques, douleur à la pression du foie.

Albuminurie.

Le 26 mai, la congestion pulmonaire augmente : la dyspnée est plus marquée, les extrémités sont cyanosées. Diminution de la sonorité de la base du poumon droit, les râles sibilants et sous-crépitaux augmentent de nombre.

Le 27 mai. Cet homme tombe dans un état d'asphyxie plus marquée, il est tout à fait adynamique et succombe.

Le 28 mai. Nécropsie. Les plèvres non enflammées, contiennent un peu de liquide séreux, citrin (hydrothorax), surtout du côté droit. Toute la hauteur du poumon droit est congestionné, rouge-brique mais il crépite, n'est pas friable, et laisse écouler un liquide rouge spumeux. Au sommet du pou-

mon existe un petit noyau calcaire, enkysté, du volume d'une amande. Le poumon gauche présente quelques adhérences filamenteuses. Il est rouge-brique, crépitant, non friable, laisse écouler un liquide sanglant.

Le cœur est hypertrophié par ses deux ventricules, les deux oreillettes sont remplies de caillots noirâtres, elles sont élargies. Dans le ventricule gauche on observe sur la face auriculaire de la valve droite de la valvule mitrale, une végétation longue d'un centimètre, qui, insérée près du bord libre, se porte vers l'oreillette. Cette végétation, blanche à son insertion, est le point de départ d'un caillot noir qui lui adhère. Lorsqu'on détache cette végétation, on constate qu'elle entraîne avec elle une portion d'endocarde et cause une ulcération superficielle lenticulaire. Les sigmoïdes aortiques sont intacts : aorte athéromateuse. Le ventricule droit présente, sur la valve interne de la valvule tricuspidé, une végétation dont l'insertion, la couleur et la direction sont analogues à la végétation du cœur gauche, mais elle est plus grosse, présente un centimètre de diamètre et près de trois de longueur.

La rate présente l'épaississement de sa capsule. Le foie volumineux, congestionné, ferme et dur à la coupe, a sa capsule épaissie et paraît avoir une surface granuleuse. Il existe de nombreux calculs dans la vésicule biliaire. Reins intacts, mais congestionnés.

Examen microscopique :

1° Les fibres musculaires du cœur de cet homme présentaient une altération ; l'enveloppe propre à chaque fibre présentait des noyaux fusiformes allongés, formés par un amas de granulations très-fines et jaunâtres.

2° Des amas de cellules embryonnaires groupées à la périphérie de la capsule fibreuse de Glisson, indiquaient un état inflammatoire chronique très-léger des tissus fibreux du foie.

Le même homme présentait une affection des mains, désignée sous le nom de *rétraction de l'aponévrose palmaire*.

Les deux mains étaient atteintes de cette lésion, mais inégalement. A la main droite, les deux derniers doigts annulaire et auriculaire étaient fléchis dans la paume de la main et ne pouvaient être étendus même en déployant une grande force. La phalange restait fléchie sur la paume de la main et la phalangine était fléchie à angle très-aigu sur la phalange. La phalange jouissait de tous ses mouvements.

Dans la paume de la main, les plis étaient altérés vers l'éminence hypothénar et on observait dans la peau des enfoncements indiquant des rétractions inégales de certaines brides fibreuses de l'aponévrose palmaire. La main gauche

présentait une semblable lésion du doigt annulaire, certain degré de courbure du doigt auriculaire et les mêmes signes sur la paume de la main.

La chose intéressante dans ce fait, est que la cause de cette rétraction a été nettement indiquée. La cause est traumatique. Cet homme poussait devant lui une charrette à bras, communément employée dans son métier. Il y a cinq ou six ans, la pression des brancards de la charrette lui produisit des ampoules qui suppurèrent en décollant l'épiderme et c'est à la suite de cette lésion superficielle que la rétraction de l'aponévrose palmaire débuta.

La dissection de la main gauche que j'ai mise sous les yeux de la société, fait voir que la lésion porte uniquement sur l'aponévrose palmaire qui est épaissie dans sa portion palmaire. Sur les doigts qui ne sont pas rétractés, elle s'unit sans ligne de démarcation par quelques fibres aux guaines des tendons fléchisseurs des doigts. Mais sur le doigt annulaire rétracté, on voit se détacher du bord inférieur de l'aponévrose, deux cordons qui se portent parallèlement aux bords latéraux de la phalange, mais sur un plan antérieur d'un centimètre, et vont s'insérer un peu au-dessous des tubercules latéraux de la phalangine par un premier faisceau, et à l'extrémité inférieure des bords de la même phalangine par un deuxième faisceau. Une mince aponévrose relie ces cordons fibreux aux bords des os, formant ainsi une gouttière profonde au fond de laquelle glissent intacts les tendons des fléchisseurs.

12. Méningite tuberculeuse. Lésion circonscrite du lobule paracentral à droite. Hémiplégie gauche; par L. FAISANS, interne provisoire.

D... 49 ans, tôlier, entre à l'hôpital Temporaire, le 13 mars 1877, salle Saint-Philippe n° 7, service de M. Grancher.

Atteint d'une pleurésie gauche en avril 1875, et d'une pleurésie droite deux mois après, il n'a jamais cessé de tousser depuis cette époque. Il présente tous les caractères de la phthisie pulmonaire avancée : pâleur extrême, amaigrissement considérable, fièvre vespérale, sueurs nocturnes. L'auscultation fait percevoir les signes de la tuberculose au troisième degré.

Le 13 mars dernier, se trouvant à la consultation de l'hôpital Saint-Antoine, il eut une perte de connaissance qui dura 5 minutes; en revenant à lui, il s'aperçut qu'il était paralysé de tout le côté gauche du corps; il ne pouvait bouger ni le bras ni la jambe — il resta dans cet état pendant huit ou dix mi-

nutes ; puis la paralysie disparut, et le malade put venir à pied à l'hôpital Temporaire.

Depuis qu'il est à l'hôpital, il a été repris quatre ou cinq fois, dans son lit, des mêmes accidents ; mais jamais la paralysie n'a été aussi prononcée que le premier jour. C'était plutôt une sensation d'engourdissement dans les membres que de la paralysie véritable. Deux fois la jambe gauche seule a été prise ainsi sans le bras.

28 mars. — Le malade se plaint d'éprouver des douleurs dans la jambe gauche ; son membre est engourdi depuis la veille, et, lorsqu'il essaie de marcher, il laisse traîner la jambe.

29 mars. — Affaiblissement plus considérable du membre inférieur gauche. — Les muscles de la cuisse sont agités de spasmes convulsifs assez réguliers qui soulèvent le genou. — Le membre est à demi fléchi, mais il n'y a pas de contracture.

Les deux membres du côté gauche sont faiblement anesthésiés.

31 mars. — Le bras gauche s'affaiblit. L'anesthésie y a disparu ; elle persiste au contraire dans le membre inférieur, mais à un très-faible degré.

2 avril. — La paralysie est plus complète. Elle occupe les deux membres, mais est beaucoup plus prononcée dans l'inférieur. Le malade peut encore remuer sa main, l'étendre et la fléchir ; il peut même soulever légèrement son avant-bras. Au contraire, les mouvements sont complètement abolis dans le membre inférieur. Pas de contracture. Les spasmes ont cessé depuis hier. Le chatouillement de la plante du pied provoque de très-légers mouvements réflexes dans la jambe gauche et les orteils. Pas d'analgésie ni d'anesthésie. Les articulations du côté gauche sont douloureuses dans les mouvements provoqués. A la face, pas de paralysie. La vue est intacte. — L'ouïe paraît avoir baissé à gauche ; elle est complètement abolie à droite ; la montre placée sur la tempe ou au niveau de l'apophyse mastoïde n'est pas entendue.

Les jours suivants, rien de nouveau à signaler. — Le malade, arrivé au dernier terme de la cachexie tuberculeuse, meurt le 10 avril.

AUTOPSIE, le 12 avril. — *Poumons.* A droite et à gauche lésions ordinaires de la tuberculose au troisième degré. Cavernes volumineuses aux sommets.

Foie. Gras. — *Rate.* Volumineuse. — *Reins.* Gros, congestionnés.

Cerveau. — *Hémisphère gauche :* sur les première, deuxième, troisième circonvolutions frontales et sur les frontale et pariétale ascendantes, la pie-mère adhère à la substance

cérébrale qui est elle-même rosée, congestionnée, surtout au niveau des deux circonvolutions ascendantes. Cette congestion ne pénètre pas profondément dans la substance grise; elle est toute à la surface.

Les vaisseaux sont, dans toute cette région, semés de granulations tuberculeuses et, au niveau du sillon de Rolando, à 1 centimètre en dehors de la scissure inter-hémisphérique, il existe une petite tumeur développée dans la pie-mère s'enlevant avec elle, et laissant dans les circonvolutions frontale et pariétale ascendantes l'empreinte d'une petite loge. C'est un tubercule cérébral, tri ou quadrilobé, gros comme deux ou trois lentilles accolées, développé dans la pie-mère, et logé, sans y adhérer, dans la substance grise sous-jacente.

Hémisphère droit. — Méningite diffuse, granuleuse, avec un foyer formant une plaque blanchâtre, au niveau du lobule paracentral. En incisant ce foyer, on trouve une masse dure, pénétrant dans la substance même de ce lobule, s'étendant en dehors sur la partie supérieure des circonvolutions frontale et pariétale ascendantes, et formant une tumeur du volume d'un œuf de pigeon au moins.

Le point de départ de cette tumeur paraît être dans la pie-mère du sillon de Rolando, pie-mère très-épaissie, semée de granulations tuberculeuses confluentes, et arrivant à former de véritables plaques qui pénètrent peu à peu dans la substance cérébrale et détruisent le lobule paracentral.

Sur la coupe de cette tumeur, on voit la méninge infiltrée d'une matière jaune et sèche; la substance grise au-dessous et la substance blanche sur une épaisseur de 2 ou 3 centimètres sont semées d'un pointillé hémorragique très-confluent près de l'écorce, mais qui se perd graduellement à mesure qu'on s'avance vers le centre ovale. — Au niveau du lobule pariétal, on voit une autre petite tumeur, analogue à celle qui a été signalée sur l'hémisphère gauche; — comme cette dernière elle est développée dans la pie-mère, et s'est creusé une loge dans la substance cérébrale, à laquelle elle n'adhère pas; au-dessous d'elle, la substance grise paraît complètement saine. — Rien d'anormal dans les autres parties de l'encéphale.

43. Ramollissement jaune d'une partie limitée de la surface externe de l'hémisphère droit du cerveau; par le Dr R. LÉPINE.

P... âgée de 50 ans, entrée le 30 janvier à l'hôpital Temporaire (service de M. Lépine). Cette femme dont les parents paraissent être morts phthisiques, réglée à 19 ans seulement a toujours toussé, surtout les hivers; depuis deux ans, la toux a augmenté, quelques hémoptysies, elle a beaucoup

maigri, et depuis quelques mois a eu des sueurs nocturnes et de la fièvre.

Depuis le commencement de l'hiver, elle a remarqué que les membres du côté gauche (le membre supérieur surtout) devenaient faibles; elle n'éprouvait pas de douleurs; sa vue aurait, dit-elle, diminué à ce moment. Vers le milieu de novembre la faiblesse du bras gauche devint assez prononcée pour l'empêcher de travailler à la couture, elle put cependant continuer à marcher. Le 29 janvier, étant à table, elle lâcha tout à coup une assiette qu'elle tenait avec la main gauche et s'aperçut en même temps que son membre inférieur gauche devenait inerte, comme le supérieur.

A son entrée, la malade jouit de son intelligence et répond nettement aux questions, sans embarras de la parole. Le sillon naso-labial et les plis du front sont effacés du côté gauche. La pointe de la langue est déviée à gauche. Les pupilles sont égales et les paupières ne présentent rien de particulier. La paralysie de la motilité du membre supérieur est complète, mais la malade peut soulever un peu le pied gauche. La sensibilité est moindre dans le côté gauche de la face que dans le côté droit. Si on pince l'avant-bras gauche, il se produit dans le coude une sensation d'engourdissement qui s'étend au bras; quand on pince ou que l'on pique le pied, le malade se plaint de ressentir dans le genou un engourdissement douloureux. La température est exactement la même dans les membres homologues.

Les jours suivants l'état est exactement le même, sauf que le malade a paru pouvoir soulever un peu mieux le membre inférieur. Quant aux troubles de la sensibilité consécutifs aux pincements et aux autres excitations ils sont exactement les mêmes; de plus on a parfois noté que les pincements de la cuisse causaient un engourdissement douloureux, dans le coude. L'absence de troubles vaso-moteurs dans les membres paralysés a été chaque jour constatée.

A partir du 20 février, on note un peu de rétraction du membre supérieur paralysé: l'avant-bras est dans la demi-flexion et ne peut être étendu qu'avec douleur, la main dans la flexion, les doigts dans la demi-flexion, le pied est aussi légèrement fléchi. Les jours suivants il se développe un peu de gonflement du poignet et du dos de la main gauche, mais jamais de trouble vaso-moteur; enfin on remarque une atrophie assez notable des muscles de l'avant-bras gauche; quant aux troubles de la sensibilité, ils ne sont pas tout-à-fait les mêmes que précédemment; on ne note plus de perversion de la notion du lieu, mais une perversion de la qualité de la sensation;

car la malade perçoit comme sensation de froid toutes les excitations, de quelque nature qu'elles soient.

La mort est survenue le 17 avril par suite des progrès d'une pleurésie tuberculeuse.

AUTOPSIE. Le crâne n'offre rien d'anormal; à la surface externe de l'hémisphère droit, on constate l'existence de deux plaques distinctes de ramollissement jaune, reconnaissant toutes deux pour cause l'oblitération athéromateuse de branche de troisième ordre de la sylvienne. L'une, la plus petite, est située sur le pied de la 2^e circonvolution frontale et dans le sillon qui le sépare de la centrale antérieure; l'autre est une vaste plaque occupant les deux tiers inférieurs de la centrale postérieure, sauf dans sa partie la plus inférieure, tout le lobule pariétal inférieur et le pli courbe, sauf son extrémité tout-à-fait postéro-inférieure. La lésion qui empiète un peu sur le 1^{er} temporal est limitée en bas par la scissure parallèle.

En profondeur, les deux plaques, surtout la dernière, s'étendent dans la substance blanche sous-jacente, mais respectent absolument les noyaux gris. La moitié droite de la protubérance est notablement plus petite que la moitié gauche.

Cavernes aux deux sommets, granulations tuberculeuses dans les deux poumons, épanchement médiocre dans la cavité pleurale gauche; adhérences des deux feuillets pleuraux à droite.

Cœur un peu surchargé de graisse; valvules saines: rate un peu grosse; reins petits, paraissent sains; foie de volume normal, à peine graisseux; bile verte dans la vésicule.

La muqueuse stomacale présente de petites ecchymoses de quelques millimètres de diamètre.

RÉFLEXIONS. Dans ce cas, comme dans celui recueilli par M. Dreyfus dans notre service et présenté à la Société anatomique (séance du 6 octobre 1876, *Progrès médical*, 30 décembre 1876), les douleurs doivent sans doute être rapportées à l'altération du centre ovale qui était assez profonde pour atteindre les fibres de la capsule interne qui vont au lobe occipital. C'est à la même cause que nous attribuons aussi la perversion si remarquable de la sensibilité que nous avons observée chez elle. Nous croyons aussi devoir appeler l'attention sur l'absence de tout symptôme du côté de la paupière du côté paralysé bien que la presque totalité du pli courbe ait été détruite, ainsi que la circonvolution pariétale ascendante. Ce fait est donc en contradiction avec celui qu'a publié M. Gasset (*Progrès médical*, 1876, p. 406), mais il ne l'est pas complètement avec celui qu'a rapporté plus récemment M. Rendu (de Lyon) (*Lyon médical*, 77, n° 13), car, dans ce dernier cas, c'était le tiers inférieur de la circonvolution pariétale ascen-

dante qui était lésé tandis que dans le nôtre, *c'est précisément la partie inférieure de la même circonvolution qui est saine.*

Enfin nous devons insister sur l'absence de troubles vaso-moteurs dans le membre du côté paralysé chez notre malade, symptôme négatif des plus importants vu leur existence dans les lésions des masses centrales. Leur absence, dans le cas actuel, permettait seule d'exclure une altération du corps strié ou de la capsule interne. D'après quelques cas que nous avons observés avec soin, nous croyons pouvoir affirmer que les troubles vaso-moteurs des membres sont relativement peu prononcés dans les lésions exclusivement corticales.

Dans ce cas, cependant, il peut exister des ecchymoses stomacales, ainsi qu'on le trouve noté dans notre observation. Nous rappellerons à ce sujet que nous avons expérimentalement produit cette lésion sur un cochon d'Inde en blessant très-superficiellement la partie la plus antérieure de l'hémisphère droit (*Société de biologie*, 1870, p. 38 et *Gazette médicale*, même année, p. 517).

14. Ramollissement cérébral, aphasie; par Alfred BULTEAU, interne des hôpitaux.

Le 31 janvier 1877, entre dans le service du D^r Guyot, salle Saint-Jean, n° 49, le nommé F..., âgé de 61 ans; il a été trouvé paralysé dans sa chambre et amené à l'hôpital Beaujon où il a été admis d'urgence. Il porte au front une plaie contuse qui témoigne de la chute qu'il a faite lors de son attaque d'apoplexie. Le malade présente un facies assez éveillé; l'œil est vif et intelligent. La commissure labiale droite est manifestement déviée à gauche, mais le muscle orbiculaire des paupières a conservé ses mouvements. Les membres du côté droit sont tout-à-fait paralysés et sont le siège d'une contracture très-marquée. Nous notons à gauche une légère contracture, mais sans paralysie du bras et de la jambe; ils peuvent conserver longtemps la position qu'on leur donne sans que le malade manifeste la moindre fatigue; la jambe, par exemple, peut rester pendant plusieurs minutes dans l'extension, le talon élevé à 0,10 cent. au-dessus du plan du lit. Les mouvements réflexes sont conservés des deux côtés; quant à la sensibilité, elle est très-affaiblie; l'analgésie paraît complète à droite.

Le malade ne peut répondre aux questions qu'on lui pose, il semble pourtant comprendre un peu ce qu'on lui dit. Il répond invariablement, à tort et à travers: « oui, oui, oui, non, non, non », et articule par instant des mots intelligibles. L'auscultation du cœur fait reconnaître un bruit de souffle.

rapéux à la pointe et au premier temps; les artères radiales sont athéromateuses.

Diagnostic. Ramollissement cérébral, aphasie; probablement lésion de la troisième circonvolution frontale gauche.

4 *fév.* La contracture est moindre à gauche; elle a presque complètement disparu à droite. Vésicatoire à la nuque.

10 *fév.* Légère eschare au sacrum. Eau-de-vie allemande, 10 gr. Le malade paraît un peu plus intelligent, il répète assez facilement tous les mots qu'on prononce devant lui, mais il lui est impossible d'articuler une phrase entière. La contracture du côté paralysé a disparu.

4 *mars.* Fièvre, langue sèche, rôtie, type expiratoire de la respiration. L'auscultation du poumon fait reconnaître une pneumonie assez étendue de la base droite. Saignée de 400 g. vésicatoires, julep. kermès, 0,20. pot. Todd.

8 *mars.* La pneumonie entre franchement en révolution, la fièvre a disparu.

30 *mars.* Rétention d'urine due à un rétrécissement de l'urèthre assez marquée qui ne permet de passer qu'une bougie très-fine.

2 *avril.* Grand frisson d'une demi-heure avec claquement de dents; temp. 39°,4, pendant le frisson. Rien dans la poitrine, langue sèche.

4 *avril.* Contracture du bras droit, fièvre; les traits du malade sont tirés; la mort arrive le 8 avril.

Autopsie. — Congestion du poumon sans hépatisation. Le ventricule gauche du cœur est hypertrophié; la valvule mitrale est indurée ainsi que les valvules sigmoïdes de l'aorte. La vessie est petite, les parois en sont considérablement hypertrophiées. La région membraneuse de l'urèthre est le siège d'un rétrécissement; pas d'hypertrophie de la prostate.

Le cerveau paraît diminué de volume; la dure-mère, en effet, est plissée, flasque, et n'est pas appliquée exactement sur la masse céphalique.

La partie moyenne de la première circonvolution frontale gauche est affaissée; la pie-mère présente un aspect blanchâtre à ce niveau et adhère intimement à la substance cérébrale qu'on enlève avec elle. La pulpe encéphalique n'y forme plus qu'une bouillie, s'étendant profondément jusqu'au corps calleux.

La lésion dépasse un peu la ligne médiane et intéresse légèrement la partie droite du corps calleux. La troisième circonvolution frontale gauche est intacte; sa partie postérieure, siège ordinaire du ramollissement dans l'aphasie, et le lobule de l'insula ne présentent aucune trace d'altération. Le lobule pariétal supérieur et le lobe occipital en partie sont affaiblis;

une coupe à ce niveau fait constater la présence d'un foyer séro-purulent dans le lobe occipital. La partie postérieure du corps calleux est ramollie et la lésion semble se continuer avec les parois du foyer que nous avons trouvé dans le lobe occipital. Signalons enfin un peu d'œdème cérébral et d'augmentation du liquide céphalo-rachidien ; toutes les artères sont très-athéromateuses.

15. Pneumonie caséuse. — Mort subite ; par Alfred BULTEAU, interne des hôpitaux.

Le nommé Pa...., âgé de 16 ans, est entré le 29 mars 1877, à l'hôpital Beaujon, salle Saint-Jean, n° 24, dans le service de M. le docteur Guyot. Il est à Paris depuis quinze mois, où il exerce l'état de maçon. Il n'est malade que depuis douze jours, et a toujours joui d'une excellente santé jusqu'à cette époque ; il n'accuse aucun antécédent tuberculeux dans sa famille. Un point de côté à droite assez douloureux qui a persisté pendant trois jours, a marqué le début de sa maladie ; il s'est couché et ne s'est pas relevé depuis. Il y a dix jours qu'il a la diarrhée consécutivement à l'administration d'un purgatif, il tousse un peu, mais n'expectore pas ; il n'a jamais craché de sang. Le diagnostic porté par le médecin qui l'a soigné en ville, a été fièvre typhoïde.

Etat actuel. — Ce malade est pâle, amaigri, d'une constitution faible et débilitée. La respiration est calme, facile et sans fréquence ; rien, apparemment, ne dénote une affection pulmonaire. En avant et de chaque côté, le murmure vésiculaire est un peu rude et marqué en partie par des sibilances disséminées un peu partout. En arrière et à droite, on constate de la matité dans les deux tiers inférieurs du poumon ; au niveau de l'origine des grosses bronches et près de la colonne vertébrale, on perçoit manifestement du souffle tubaire mélangé à de gros râles muqueux. À gauche et au sommet, la respiration est un peu rude et exagérée ; quelques râles humides s'entendent à la base.

Le foie, le cœur, ne présentent rien d'anormal ; la rate est un peu volumineuse. La langue est saburrale ; le ventre, loin d'être ballonné, est plutôt rétracté et les taches rosées font absolument défaut. — La température du soir est 39° 4. — Diarrhée assez abondante depuis l'entrée du malade.

Le diagnostic est incertain : on hésite entre une fièvre continue et une pneumonie caséuse tuberculeuse ; on penche plutôt vers cette dernière affection, en raison du mode de début.

4 avril. Le diagnostic de pneumonie caséuse se confirme ;

la température varie le matin et le soir entre 39 et 40°. A droite, et en arrière, le souffle tubaire s'accroît, et l'on entend en même temps, à ce niveau, de gros râles gargouillants qui témoignent d'un commencement de ramollissement de la masse caséuse. Des râles muqueux nombreux sont disséminés à droite, moins à gauche. — La diarrhée persiste.

Le 5 avril, le malade se plaint d'une douleur assez vive dans le membre inférieur droit ; il est œdématié et douloureux à la pression sur le trajet de la veine supérieure interne et de la veine fémorale (*phlegmatia alba dolens*).

Le malade meurt subitement dans la nuit du 7 au 8 avril.

AUTOPSIE. — Rien au cerveau ; les parois du cœur sont flasques, minces, sans dégénérescence graisseuse appréciable ; les valvules sont intactes, les artères pulmonaires ont été examinées avec soin, mais nous n'avons pu trouver une embolie de ces vaisseaux qui ait pu nous rendre compte de la mort subite dont avait été frappé notre malade d'une manière si inopinée. Le poumon gauche est tout-à-fait sain ; à droite, au contraire, les deux feuillets de la plèvre sont intimement adhérents entre eux ; à la coupe, nous trouvons à la partie moyenne du poumon droit un gros noyau caséux du volume d'une noix, ramolli à son centre, et communiquant directement avec une grosse branche. D'autres points caséux beaucoup plus petits, et non encore arrivés à la période de ramollissement se rencontrent dans la partie inférieure du poumon ; quelques granulations miliaires sont disséminées dans toute l'étendue de cet organe. Le parenchyme pulmonaire présente une vive congestion sans hépatisation et crépite sous le doigt. L'examen histologique fait par M. Gombaut dans le laboratoire de M. le professeur Charcot, a permis de constater une pneumonie catarrhale lobulaire de nature tuberculeuse.

Les ganglions thoraciques ont acquis un volume considérable, surtout dans le médiastin postérieur ; là se trouvent accolés à l'aorte et à l'œsophage quatre ganglions du volume d'un petit œuf de poule, constitués par de la matière caséuse non encore ramollie. Le pneumogastrique droit, un peu au-dessous de la bifurcation des bronches, est emprisonné dans la gaine lamineuse indurée qui entoure ces ganglions ; il est aplati au milieu de cette gangue inflammatoire, et tout porte à croire que ces éléments étaient plus ou moins altérés. Peut-être, cette compression de pneumogastrique a-t-elle été la cause de la mort subite, bien qu'elle n'existât que dans la partie inférieure de sa portion thoracique.

Les deux feuillets de la plèvre viscérale et pariétale du poumon droit, ainsi que le péritoine diaphragmatique sont le

siège d'un grand nombre de petites granulations. Le foie, la rate présentent également quelques granulations jaunâtres disséminées soit à leur surface, soit dans l'intérieur même de leur parenchyme.

La muqueuse de l'intestin grêle est très-injectée, mais les plaques de Peyer sont intactes. Rien à signaler du côté des organes génito-urinaires.

La veine iliaque externe du côté droit est complètement oblitérée par un caillot fibrineux, décoloré, fortement adhérent aux parois veineuses; celles-ci sont considérablement épaissies, artérialisées en quelque sorte. Le caillot se continue dans la veine fémorale qui est tout-à-fait obstruée, ainsi que les veines qui y aboutissent par un caillot cruorique.

16. Anévrysme de la crosse de l'aorte et de l'aorte thoracique ouvert dans les bronches; par Alf. JEAN, interne.

Ce nommé Charron, Henri, fumiste, âgé de 58 ans, est entré à l'hôpital Temporaire, service de M. le Dr Dieulafoy, le 23 mars 1877.

Le malade a eu anciennement quelques hémoptysies peu abondantes; il a joui d'une bonne santé jusqu'à il y a trois semaines. A cette époque, il se plaignit de points de côté très-violents à gauche de la poitrine; en même temps frissons intenses, répétés et crachement de sang à peu près pendant huit jours.

Il entre à l'hôpital le 23 mars. Aspect cachectique. Essoufflement, oppression très-grande. Pas de fièvre, (P. 92. Temp. 36,4; diminution des forces. Douleurs lombaires. Diminution des fonctions digestives. Toux opiniâtre, quinteuse, avec un peu d'expectoration blanchâtre. Percussion normale à droite. A gauche, matité absolue au sommet et en avant. En arrière, matité complète dans les deux tiers inférieurs du poumon gauche; la percussion et même la palpation de cette partie de la poitrine sont extrêmement douloureuses. A l'auscultation on trouve en avant et à gauche un souffle tubaire ou de compression très-intense, sans râles. En arrière et à gauche, diminution du murmure vésiculaire, respiration un peu soufflante. Pas de râles. L'auscultation à droite est normale. Les vibrations thoraciques sont conservées des deux côtés. Pas d'égophonie, pas de pectoriloquie aphone.

Le cœur n'est pas déplacé, pas de bruit de souffle cardiaque; les battements du cœur sont entendus très-nettement en arrière et à gauche dans toute l'étendue du poumon.

Les battements cardiaques se propagent aussi en arrière et

à droite, mais moins forts. L'état reste à peu près stationnaire le 24 et 25. Le 26, le malade est plus oppressé, il tousse continuellement, l'expectoration devient plus abondante; primitivement muqueuse, elle devient purulente et est mêlée d'une grande quantité de sang. Ces crachats ne ressemblent en rien à ceux de la pneumonie. La température monte à 38°, 3. La poitrine est bombée, globuleuse en avant. La première pièce du sternum est repoussée en avant, mais le malade prétend avoir toujours eu la poitrine conformée de la sorte. La percussion de la poitrine à gauche est encore plus douloureuse que les jours précédents. A l'auscultation : râles ronflants et sibilants des deux côtés de la poitrine. On n'entend plus le murmure vésiculaire à gauche. En avant le souffle tubaire a en partie disparu et est remplacé par des râles ronflants et sibilants.

Pas de souffle cardiaque. Toute la région précordiale est bombée; elle est repoussée en avant à chaque systole ventriculaire. On entend dans la poitrine un double centre de battements : l'un au niveau du deuxième espace intercostal droit, l'autre sous la clavicule gauche. Les deux pouls radiaux sont égaux, petits et isochrones. L'expectoration sanglante continue toute la journée. Diarrhée. Mort le 29.

AUTOPSIE. — *Poumons.* Les poumons sont très-adhérents à la paroi thoracique. A l'ouverture de la trachée, on constate la présence d'un caillot cruorique dans son intérieur. Léger épanchement fibrineux en nappe à droite. Poumon droit emphysémateux, congestionné par places, principalement à la base, non tuberculeux. Les dernières ramifications bronchiques sont remplies d'écume sanguinolente. Le poumon gauche est uniformément dur dans toute sa hauteur, il présente à la coupe les lésions de la pneumonie au troisième degré. En pressant sur les bronches on en fait sortir un liquide purulent contenant une grande quantité de sang.

Le poumon gauche est refoulé par une énorme tumeur aortique, occupant toute la crosse de l'aorte et l'aorte thoracique entière. Le bord postérieur du poumon est creusé d'une gouttière pour recevoir cette énorme dilatation. Le cœur est sain, non hypertrophié. La valvule mitrale est normale. Pas d'insuffisance aortique. Les sigmoïdes de l'aorte sont normales, non athéromateuses; sur l'une d'elles on constate une petite végétation. Immédiatement au-dessus de ces valvules, l'aorte s'élargit et cette dilatation sacculaire s'étend jusqu'à son passage à travers le diaphragme. En ouvrant cette poche on trouve un caillot fibrineux stratifié, plus gros qu'un œuf; au niveau de la convexité de l'aorte, peu adhérent aux parois et permettant encore l'abord du sang dans les carotides et les

sous-clavières. Plus bas on trouve un second caillot, aussi volumineux que le premier, très-adhérent à la partie de l'aorte en rapport avec la bronche gauche. Les parois de cette dernière ont été ulcérées et l'anévrysme s'est ouvert dans la bronche gauche à six centimètres au-dessous de la bifurcation de la trachée. En certains points, l'aorte est recouverte de caillots fibrineux stratifiés ayant plus d'un centimètre d'épaisseur; en d'autres, elle offre les lésions très-avancées de l'endartérite chronique. Les ganglions bronchiques sont hypertrophiés sans être toutefois très-volumineux.

17. Plaie de poitrine par arme à feu; par AUDOUARD, interne.

Le nommé Lacoux Amédée, âgé de 64 ans, entre dans le service de M. Dolbeau, à l'hôpital Beaujon, le 9 février 1877.

Il s'était tiré dans la matinée, un coup de pistolet dans la région précordiale. La plaie cutanée est circulaire, située à deux travers de doigt au-dessous du mamelon gauche et à 11 centimètres de l'appendice xiphoïde. Dans toute la région pectorale gauche on constate de l'emphysème sous-cutané remontant jusqu'à l'aisselle. Le malade n'a pas perdu connaissance au moment de l'accident, et n'a pas craché de sang. Il est très-abattu, et se plaint dans tout le côté gauche, d'une douleur, qui est augmentée par la toux. Pas de point douloureux localisé à la région dorsale ou lombaire.

D'après les renseignements fournis par le malade il y aurait un an environ qu'il toussait, et à plusieurs reprises il aurait craché du sang. Ses crachats sont muco-purulents. A l'auscultation, on trouve en avant et à droite sous la clavicule les signes d'une caverne pulmonaire. Au sommet gauche on entend des râles fins, l'expiration est prolongée et soufflante. Le cœur bat régulièrement. Les jours suivants, l'emphysème s'étend à la face interne gauche jusqu'au pli du coude. — Même état général.

14 février. Le pouls est intermittent. Les battements du cœur sont irréguliers. Le malade est oppressé mais on ne trouve pas les signes d'un épanchement dans la plèvre gauche.

16 février. L'emphysème sous-cutané a disparu peu à peu; un léger écoulement purulent a lieu par l'orifice de la plaie. Il n'y a pas de rougeur autour et elle n'est plus douloureuse.

Le malade est moins abattu, mais il crache toujours abondamment; le râle est irrégulier. Les lésions pulmonaires augmentent les jours suivants; on constate de la fièvre tous les soirs.

11 mars. Gargouillement au sommet droit. Râles muqueux

dans toute la hauteur des deux poumons. Le malade est cyanosé et très-affaibli.

13 mars. Il succombe à son affection pulmonaire.

AUTOPSIE. — Cavité thoracique. L'orifice d'entrée de la balle est situé à deux travers de doigt, sur une ligne verticale abaissée du mamelon gauche. Au lieu de perforer directement la paroi thoracique, la balle a été déviée de haut en bas et de dehors en dedans, elle a pénétré seulement dans la plèvre gauche au niveau de l'articulation synchondro-costale de la sixième côte. En ce point on constate une  raflure de l'extrémité antérieure de la côte avec perforation du sixième espace intercostal. Lorsqu'on rabat le plastron thoracique, on trouve un fragment osseux qui fait saillie à l'intérieur et qui est uni par des adhérences au bord antérieur du poumon gauche. Il existe un épanchement citrin peu abondant dans la cavité pleurale.

Des néo-membranes tiennent unies la base du poumon au diaphragme, et la face interne du poumon à la partie correspondante du péricarde qui est doublé d'une grande quantité de graisse. Les adhérences se rompent facilement.

En rejetant en dehors et en haut le lobe inférieur du poumon, on constate sur le péricarde une plaque hémorrhagique noirâtre, sans perforation de cette enveloppe.

Il n'existe pas de lésion traumatique du poumon. La balle a ainsi glissé sur le feuillet externe du péricarde et se dirigeant obliquement de haut en bas, elle est arrivée sur le diaphragme au niveau de la folliole gauche; elle a déchiré quelques fibres musculaires du pilier gauche, en laissant une traînée noirâtre et est tombée dans le médiastin postérieur.

C'est au niveau de la onzième vertèbre dorsale, dans le tissu cellulaire qui unit l'aorte à la colonne vertébrale qu'on retrouve la balle. Celle-ci est directement accolée à l'aorte thoracique et déjà enkystée dans le tissu cellulaire qui la maintient appliquée contre la tunique externe. D'ailleurs, les tuniques artérielles paraissent intactes.

Cœur. — Volumineux. Dégénérescence graisseuse. Sur le bord gauche du cœur, on trouve encore une petite ecchymose avec déchirure du péricarde viscéral, correspondant au point contus signalé sur la face externe du péricarde. Il n'y a pas de liquide dans cette séreuse.

Poumon droit. — Masses caséeuses disséminées. — Excavation au sommet. **Poumon gauche.** Congestion surtout à la base. — **Ganglions bronchiques.** Volumineux. — **Diaphragme.** Il n'y a pas de perforation du muscle, l'œsophage paraît sain.

M. Houel fait observer que l'accollement de la balle   l'aorte,

aurait pu déterminer plus tard une perforation des tuniques artérielles.

Séance du 20 avril 1877.

PRÉSIDENCE DE M. CHARGOT.

18. Deux cas de plaies artérielles par écrasement; par M. CHUQUET, interne des hôpitaux.

I. C. ..., âgé de 22 ans, entre le 17 janvier, salle Saint-Louis, hôpital de la Pitié, service de M. VERNEUIL, présentant un écrasement du bras droit, qui a été pris entre deux tampons de wagons. La violence a déterminé une fracture comminutive de l'humérus au tiers supérieur; une petite plaie met le foyer de la fracture en communication avec l'extérieur. Il s'écoule par la blessure une quantité considérable de sang. L'hémorrhagie est arrêtée par une ligature élastique faite à la racine du membre. Mais si le sang ne se répand plus au dehors, il ne cesse pas de sortir des vaisseaux et forme une tumeur volumineuse sous le grand pectoral. Le poulx ne se sent plus dans les artères de l'avant-bras. La désarticulation de l'épaule est remise au lendemain à cause de l'abaissement de la température.

La dissection du bras a donné les renseignements suivants: la tunique celluleuse manque à l'extrémité du bout supérieur, la tunique interne légèrement rebroussée dans la tunique moyenne protège un caillot très-mince qui aurait cédé au moindre effort. Inférieurement, au contraire, les tuniques interne et moyenne sont recoquillées et un manchon celluleux aurait protégé la formation du caillot.

II. D. ..., 28 ans, chauffeur, entre dans la même salle le 13 mars. Un engrenage lui a saisi le bras vers la partie moyenne et a déterminé une fracture comminutive avec large plaie au même niveau. L'hémorrhagie a été presque insignifiante. Le poulx n'est plus perçu dans la radiale. La désarticulation est faite le soir même.

La dissection du bras a montré l'artère complètement divisée au niveau des fragments osseux. Le bout supérieur non effilé renfermé un caillot assez volumineux qui s'est formé grâce au rebroussement de la tunique interne et d'une partie de la tunique moyenne vers le centre du vaisseau. La tunique externe est rompue à quelque distance de l'extrémité inférieure.

Le bout inférieur est effilé, la tunique celluleuse prolongée au-delà de la tunique moyenne et de la tunique interne forme une barrière solide qui eût empêché certainement toute hémorragie.

Ces deux faits nous ont paru par leur rapprochement présenter un certain intérêt. Des deux côtés, la violence a porté sur le même point et le genre de traumatisme n'est pas sans analogie. Cependant, les lésions sont différentes. D'un côté, (obs. 1) nous avons les lésions de l'écrasement simple; de l'autre, l'écrasement a été compliqué d'arrachement et ce qui le prouve, c'est l'effilement du bout inférieur spécial aux lésions artérielles de cette catégorie. Ces faits nous montrent encore combien est capricieuse l'hémostase naturelle dans les plaies artérielles et combien il y faut peu compter.

19. Cystite chronique. — Vaste membrane trouvée à l'état libre dans la vessie et correspondant à presque toute l'étendue de ses parois; par DUBARD, interne.

Mme X..., âgée de 65 ans, entre à l'hôpital Saint-Antoine (service de M. DUJARDIN-BEAUMETZ), le 16 avril 1877 et meurt le lendemain, avant d'avoir pu être soumise à un examen approfondi. Toutefois l'âge de la malade, les longues souffrances qu'elle avait accusées à l'hypogastre, une gêne notable dans la miction, des hématuries répétées et récentes, enfin son aspect extérieur profondément cachectique, avaient fait admettre la possibilité d'un cancer vésical.

L'autopsie révèle une lésion, dont l'intérêt motive notre présentation. — Après l'ouverture de l'abdomen, nous constatons le volume assez considérable de la vessie, l'épaisseur et la rigidité de ses parois, l'absence des bosselures à sa surface péritonéale. Nous la fendons sur la ligne médiane; immédiatement s'écoule un liquide à odeur infecte, constitué par un mélange d'urine et de pus. Nous apercevons alors une membrane à peu près libre dans le réservoir de l'urine, aux parois duquel elle n'est reliée que par quelques filaments peu résistants. Après l'avoir extraite de la vessie et lavée avec soin pour la débarrasser d'une couche de matière purulente qui revêt ses deux faces, nous constatons qu'elle s'adapte à presque toute l'étendue des parois vésicales, qu'elle n'est interrompue

qu'au niveau du trigone et du sommet de cet organe. Sa face externe présente des saillies et des dépressions qui lui donnent une forme aréolaire et qui reproduisent en sens opposé les dépressions et les saillies des parois de la vessie. Sa face interne ou centrale serait lisse, si elle n'était imprégnée par un nombre considérable de petits cristaux blanc-jaunâtres, qui semblent avoir été semés d'une manière régulière à sa superficie. Cette membrane est d'une couleur gris noirâtre, elle offre une épaisseur de 2 millimètres environ et oppose une résistance assez forte aux tractions qu'on exerce sur elle pour la déchirer.

Les parois de la vessie, rougeâtres dans certains points, noirâtres dans d'autres, sont recouvertes par des détritits, dont il est fort difficile de les débarrasser, et qui ne permettent pas de reconnaître à simple vue le degré exact de leurs lésions.

Nous ne ferons que mentionner les altérations concomitantes des reins, qui laissent voir à travers leur capsule peu adhérente un grand nombre de petits abcès de la grosseur d'une tête d'épingle. Mais nous voulons insister d'une manière particulière sur la membrane que nous avons rencontrée dans une vessie atteinte de cystite chronique.

Avons-nous affaire à une fausse membrane déposée à la surface de la muqueuse vésicale sous l'influence de l'inflammation, ou bien n'est-ce là qu'une couche plus ou moins épaisse des tuniques de la vessie? A priori il est impossible de résoudre cette question. On a, en effet, souvent discuté sur la nature de ces produits membraneux. Dolbeau, dans son traité de la pierre, pose la question à propos des produits membraneux incrustés, que l'on voit parfois sortir par la plaie à la suite de l'opération de la taille. Pour lui, si dans quelques cas ces membranes peuvent être regardées comme des portions de muqueuse vésicale mortifiée, le plus souvent il ne s'agit que de pseudo-membranes dans lesquelles sont venus se déposer des sels calcaires. Le microscope pouvait donc seul nous éclairer sur la véritable nature de la membrane que nous avons recueillie. Voici le résultat de l'examen :

<i>Membrane.</i> — Couche superficielle.....	{	Fines granulations, pas trace d'épithélium.
— Couche moyenne.....	{	Un grand nombre de fibres de tissu conjonctif. Quelques fibres élastiques. Quelques vaisseaux, contenant des hématies altérées.
— Couche profonde.....	{	Nombre considérable de fibres musculaires lisses.

Parois vésicales. — Couche superficielle... } Fibres musculaires lisses,
parfaitement nettes.

Ainsi donc pas d'hésitation possible. La membrane est bien composée de la muqueuse vésicale, dont la couche épithéliale a disparu par le fait d'une inflammation et d'une macération prolongée, et d'une partie de la couche musculieuse de la vessie, l'autre constituant désormais avec la tunique péritonéale les parois vésicales. Comment s'est produit la séparation ? Il est difficile de le dire. Toutefois il est probable qu'une ulcération profonde en a été le point de départ. L'urine et le pus ont peu à peu cheminé entre les faisceaux de la couche musculieuse en dédoublant les bords de l'ulcère ; peu à peu la séparation est devenue plus étendue ; la portion décollée, d'abord flottante, a fini par être libre dans la vessie.

20. Procédé de conservation des pièces anatomiques, avec leur consistance, leur forme et leur coloration ; par
M. BOUDET DE PARIS, interne des hôpitaux.

Les procédés généralement mis en usage pour conserver les pièces anatomiques, sont presque tous fondés sur le même principe : dessèchement à l'air, puis vernissage. Il en résulte que les tissus, même ceux qui se conservent le mieux, perdent à la fois leur volume, leur consistance et leur couleur. — La plupart du temps, les vernis dont ils sont recouverts finissent par s'écailler, et l'humidité aidant, la pièce s'altère rapidement. Alors même que des liquides plus ou moins conservateurs ont été injectés, l'action de l'air n'amène pas moins cette destruction fatale. D'un autre côté, on n'est encore jamais arrivé à conserver les pièces pathologiques, tumeurs fibreuses, cancéreuses, etc.

Quant aux viscères (foie, rein, poumon), leur déformation est si complète au bout de peu de temps, que l'immersion continue dans l'alcool est le seul procédé mis en usage. Si ce procédé est sûr, il ne détruit pas moins la consistance et la coloration des pièces ; en tout cas, il nécessite un emplacement considérable, de vastes bocaux, etc.

Le procédé, dont j'ai eu l'honneur de présenter plusieurs spécimens à la Société anatomique, est destiné à combattre ces nombreux inconvénients.

Ce qui cause l'altération des pièces préparées par les procédés ordinaires étant le contact de l'air, ce qu'il fallait avant tout obtenir, c'était évidemment l'isolement des tissus ; en outre, il fallait enlever aux tissus, ainsi isolés, leur eau de composition et la remplacer par un liquide qui n'altérât en rien

leur consistance. Ces deux résultats obtenus, la pièce doit rester absolument semblable à ce qu'elle est sur le cadavre, et *conserver, pour un temps à peu près illimité, sa forme, son volume, sa consistance et sa couleur.* (Les pièces que j'ai présentées à la Société anatomique datent de plus d'un an, et elles sont restées absolument ce qu'elles étaient le premier jour).

Ce procédé pouvant s'appliquer également aux pièces anatomiques proprement dites et aux tumeurs, à part quelques détails, je vais d'abord le décrire dans son ensemble ; je donnerai ensuite les quelques indications spéciales que réclame la préparation des tumeurs et des viscères.

1° Préparation première de la pièce. — Je suppose que l'on veuille préparer un membre supérieur, en tout ou en partie : on peut alors, ou bien détacher le membre du cadavre, ce qui est préférable, ou bien opérer le membre restant en place.

Dans le premier cas on détache le membre à sa racine ; puis on fait sur toute sa longueur, un certain nombre d'incisions n'entamant que la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. On introduit ensuite une canule dans l'artère principale (les autres artères étant liées, ou ce qui est plus simple, une forte ligature serrant le membre en masse à sa base) et l'on injecte de l'essence de térébenthine. Cette injection doit être faite lentement et renouvelée cinq ou six fois pendant quatre heures. On chasse ainsi non-seulement le sang contenu dans les capillaires et les veines, mais encore les tissus s'imprègnent complètement de térébenthine, en perdant leur eau de composition qui s'écoule avec une partie de l'injection par les incisions de la peau.

Un moyen que l'on peut employer de préférence à l'injection à la seringue, est le suivant : le membre étant suspendu par sa racine, on adapte à la canule un tube de caoutchouc communiquant avec un vase plein d'essence de térébenthine et placé un peu plus haut que le membre, il se fait ainsi une sorte d'écoulement continu que l'on peut faire durer quatre ou cinq heures.

Ce bain interne de térébenthine est destiné à conserver les tissus, une fois que ceux-ci seront soustraits au contact de l'air ; on pourrait d'ailleurs mélanger à l'essence de térébenthine, une substance conservatrice quelconque, mais je crois cette précaution inutile.

2° Injection. — Après cette première préparation, il faut injecter les vaisseaux, ou du moins les artères, et cela avec la matière à injection ordinaire. Celle dont je me sers est un mélange de suif, de cire, de résine et de térébenthine de Venise, auquel j'ajoute de la matière colorante, selon le cas. Cette

injection trouve les voies préparées par la térébenthine, et peut pénétrer très-loin dans les vaisseaux.

3° *Dissection*. — On procède ensuite à la dissection de la pièce, en ayant soin, dans l'intervalle des séances, de l'envelopper de compresses imbibées de térébenthine ; le tout est recouvert de taffetas gommé.

4° *Montage de la pièce*. — Aussitôt la dissection achevée, il faut monter la pièce. Ici, les méthodes varient selon que l'on veut avoir la pièce dressée sous une potence et libre de tous côtés, ou bien qu'elle doit être couchée sur une planche.

Dans le premier cas, on la suspend à la potence, après avoir bien fixé ses différentes parties avec des fils ou des épingles, puis on passe au vernissage.

Dans le second cas, on couche la pièce disséquée sur une planchette de liège, un peu plus large qu'elle et épaisse d'environ 8 à 10 millimètres, on l'y fixe par de longues épingles dont on coupera plus tard les extrémités supérieures, puis on coule tout autour d'elle, sur les points où elle touche au liège, un mélange de cire et de stéarine. J'emploie ordinairement, pour cet usage, de la cire ordinaire à bouteille, dans laquelle je fais fondre une bougie. On peut remplacer cette couche de cire par une épaisse couche de goudron ; mais celui-ci demande un temps très-long pour sécher.

La pièce est ainsi enchassée dans un mélange inaltérable qui empêche toute évaporation par les parties que l'on ne tient pas à montrer. C'est ainsi que l'on peut préparer la face antérieure de l'avant-bras, de la main, etc., la région postérieure reposant sur la planchette.

Ensuite, on fixe avec des clous ou de la colle la plaque de liège sur une planchette de bois ; une fois la pièce montée, on peint, s'il y a lieu, les vaisseaux et les nerfs. Lorsque l'injection a été bien faite, il est généralement inutile de peindre les vaisseaux.

5° *Vernissage*. — Il s'agit alors de soustraire la pièce au contact de l'air. Les vernis généralement employés s'écaillant facilement, c'est là la plus grande difficulté à vaincre. Cependant je n'ai eu à combattre cet inconvénient sur aucune des pièces que j'ai préparées depuis dix-huit mois.

La pièce une fois disséquée, montée et peinte, on la recouvre avec soin d'une épaisse couche de vernis copal à la térébenthine. Au bout de vingt-quatre heures, cette première couche étant sèche, (la dessiccation de ce vernis est absolument indispensable pour passer à l'opération suivante), on passe plusieurs couches de vernis soignée.

Cette opération doit être renouvelée patiemment un nombre considérable de fois (10 à 12). Pour être sûr de réussir, il faut

ajouter une nouvelle couche de vernis dès que la précédente est sèche, et cela pendant deux heures environ.

Le vernis copal suffirait peut-être à empêcher le contact de l'air, mais il s'écaillerait à la longue. Au contraire, lorsqu'il est recouvert par cette sorte de laque formée par les couches successives de vernis Scœhnée, l'enveloppe ainsi constituée est devenue absolument inaltérable, et cependant elle est assez peu épaisse pour ne changer en rien la consistance. Les muscles ainsi préparés sont aussi souples après plusieurs mois que le premier jour. Autre avantage : si la pièce se couvre de poussière, il suffit de passer légèrement dessus un pinceau trempé dans l'eau pour la nettoyer.

La préparation est dès lors terminée ; par précaution, on peut encore passer une couche de vernis Scœhnée les deux ou trois jours suivants : mais la seule vraie précaution, surtout au début, consiste à éviter l'humidité.

Si, au lieu d'un membre, on veut préparer une région, on la dissèque sur le cadavre, après injection de térébenthine dans les artères de la région ; ou bien on la plonge pendant deux ou trois heures dans un bain d'essence de térébenthine, après l'avoir séparée du sujet ; puis on la remonte et on la vernit comme plus haut.

On voit, en somme, que ce procédé, fort simple par lui-même, a en outre l'avantage d'être très-rapide et très-économique. En dehors de la dissection, dont la durée est naturellement très-variable, voici, en moyenne, le temps nécessaire pour une préparation :

Injection à la térébenthine, 4 à 5 heures.

Injection des artères et montage de la pièce, 2 à 3 heures.

Vernissage, 24 heures, dont 2 heures de vernissages successifs.

En résumé, une pièce volumineuse, (un membre supérieur par exemple), à part le temps de la dissection, peut être préparée en deux jours, et, ainsi que je l'ai dit en commençant, elle conserve indéfiniment sa couleur, sa forme et sa consistance.

Préparation des viscères. — Si l'on veut préparer un organe, le foie, le rein, le poumon, le même procédé est applicable.

Tout d'abord, injection à la térébenthine dans le vaisseau principal (veines et artère pulmonaires, artère rénale, veine porte et veines sus-hépatiques, etc.), suivie d'une injection solidifiable. En outre, afin de conserver la forme exacte des organes creux, on injecte dans leurs cavités un mélange de cire et de suif ou de stéarine. (Cette injection est indispen-

ble pour le poumon ; elle se fait, naturellement, par la trachée.) On procède ensuite aux vernissages.

Préparation des tumeurs. — Ici, l'injection première à la térébenthine est naturellement impossible, il faut donc recourir à l'immersion pour chasser l'eau de composition. J'ai pu conserver des tumeurs qui avaient macéré quelque temps dans l'alcool, par conséquent, l'immersion de ce liquide peut remplacer l'injection de térébenthine, mais elle a le désavantage, si elle est prolongée, de raccornir les tissus et de les décolorer. Je crois préférable de baigner la pièce pendant trois ou quatre heures seulement dans l'essence de térébenthine, l'action conservatrice sera suffisante, et la coloration ne sera pas altérée. On fixe ensuite la tumeur sur une planchette de liège, on l'entoure de cire stéarinée ou de goudron, et on vernit comme précédemment.

Un des grands avantages de ce procédé est le suivant : il permet d'abord aux chirurgiens de conserver facilement et sans frais les pièces provenant des opérations ; en outre, lorsque la tumeur a été préparée par immersion dans l'alcool, puis convenablement vernie, on peut, au bout de plusieurs mois, pratiquer dans ses parties centrales des coupes qui sont restées absolument propres à l'examen histologique.

24. Tuberculose pulmonaire et péritonéale. Périhépatite chronique. Tuberculose génito-urinaire (de l'utérus des trompes, du col et du vagin) ; par M. HOMOLLE, chef de clinique de la Faculté.

Le 24 mars 1877 est entrée dans le service de M. le professeur Potain, à Necker, une femme de 54 ans, couturière, pâle, amaigrie, d'apparence cachectique. En 1870, cette femme avait été pour la première fois sérieusement malade ; elle avait eu alors une affection aiguë des voies respiratoires que s'était prolongée pendant trois mois. Depuis cette époque, les fonctions digestives ont été presque constamment troublées ; la malade a eu des douleurs abdominales, et des alternatives de constipation et de diarrhée.

En septembre 1876, à la suite d'un refroidissement, se déclara une pleurésie gauche qui dura deux mois ; la convalescence fut pénible et la malade très-affaiblie continua à tousser. Elle eut, il y a six semaines une hémoptysie qui se reproduisit trois fois en huit jours.

L'appétit se perdit, la toux devint presque incessante sans qu'il y eût de mouvement fébrile considérable. Jamais, depuis le début des accidents, la malade n'a vomi ; la diarrhée qui

existe depuis une quinzaine ne s'est jamais prolongée longtemps.

L'examen de la poitrine ne fait pas reconnaître d'altérations considérables et au premier examen on peut se demander s'il y a plus que les vestiges d'affections antérieures et si l'on doit supposer qu'il y a des lésions actives en voie d'évolution.

Le thorax est très-déformé, la paroi antérieure est profondément affaissée à gauche, mais il y a en outre un retrait total moins appréciable à la vue du même côté qui mesure seulement 32 cent. 5 tandis que le côté droit a un périmètre de 35 centimètres.

Tout le côté gauche résonne mal à la percussion ; toutefois la diminution de sonorité est moins accusée à la base que dans le tiers supérieur ; sous les clavicules, la sonorité est affaiblie des deux côtés.

La respiration, faible à gauche, s'accompagne du même côté de râles muqueux. Des craquements sont perçus quelques jours seulement après l'entrée de la malade sous la clavicule droite.

L'état cachectique de la malade, son amaigrissement extrême et sa pâleur étaient de nature à faire supposer des lésions pulmonaires plus profondes. L'examen de l'abdomen fait reconnaître d'autres altérations graves. Le ventre est un peu développé, assez régulier, saillant à l'épigastre et étoilé latéralement plutôt que globuleux et ovoïde comme on le voit souvent dans la péritonite tuberculeuse. Il est sensible à la pression, surtout au voisinage et au niveau de l'épigastre. Il est rénitent par places, mais ne donne pas à la main les sensations d'empatement diffus de tension égale qui appartient à la péritonite tuberculeuse et qui semble en rapport avec la fusion de tous les organes abdominaux agglomérés par les adhérences. On rencontre au contraire, çà et là, des plaques résistantes, à l'épigastre en particulier ; cette masse se continue sous l'hypochondre droit et semble se rattacher au foie. On constate à peine un léger degré d'ascite, on ne trouve pas de tumeurs marronnées distinctes, disséminées dans la cavité péritonéale.

Le toucher vaginal n'indique aucune altération appréciable du col ; l'utérus est absolument immobilisé, enclavé par des adhérences, séparé du rectum par une masse morbide dont il est difficile d'apprécier la nature.

Le peu de signes constatés à l'examen de la poitrine, surtout au premier jour, ne pouvaient permettre d'affirmer la tuberculeuse et les caractères de l'affection péritonéale avec les plaques d'induration disséminées que nous avons signa-

lées, étaient de nature à faire discuter le diagnostic de carcinome et péritoïne. Toutefois, la coexistence des lésions thoraciques et abdominales rendait plus vraisemblable le diagnostic de phthisie pulmonaire peu avancée avec pleurésie ancienne et rétraction consécutive du côté gauche du thorax et péritonite tuberculeuse abdominale et pelvienne.

Rien de nouveau ne se produisit dans l'état de la malade jusqu'au 10 avril. Elle fut prise ce soir-là de fièvres avec frissons et de mal de gorge; le 12, elle avait un érysipèle de la face (contracté dans la salle où régnait une petite épidémie.) La fièvre resta modérée jusqu'au 17; l'érysipèle qui avait envahi la paupière supérieure droite dès les premiers jours, sans entraîner de suppuration profonde, gagnait la tête; la malade fut prise de délire; le 18 elle était dans le coma; elle mourut dans la soirée sans avoir présenté de complications cardiaques appréciables. (Plusieurs malades atteints également d'érysipèle de la face les jours précédents, n'avaient présenté non plus aucune altération de bruits de cœur.

AUTOPSIE. — *Appareil respiratoire.* — Des adhérences serrées unissent les deux plèvres du côté gauche; il n'y a pas d'épanchement. Des granulations fibreuses ou caséuses isolées ou groupées en petits îlots, sont disséminées dans les deux sommets au milieu d'un tissu sclérosé.

Le cœur est sain. *Encéphale.* Méningite suppurée sans granulations tuberculeuses reconnaissables à l'œil nu ou au microscope, sans phlébite de la veine ophthalmique ou des sinus, sans suppuration intra-orbitaire.

Abdomen. — La paroi abdominale est, dans presque toute son étendue, adhérente aux anses intestinales, à l'épiploon et aux viscères abdominaux. Le péritoïne pariétal et l'épiploon présentent un grand nombre de plaques irrégulières formées par la réunion de grosses granulations opaques d'aspect cireux, présentant à peu près le volume d'un grain de chènevis et assez analogues comme aspect, par quelques points, à des plaques cireuses carcinomateuses de la plèvre. Autour de chacun de ces amas, le péritoïne est très-vascularisé.

Les anses intestinales, adhérentes à l'épiploon et adhérentes entre elles, sont reliées les unes aux autres par des néomembranes filamenteuses très-vascularisées, mais non fusionnées par accollement comme il est fréquent de l'observer dans la péritonite tuberculeuse. Des adhérences relient également l'intestin au foie qui, par sa face supérieure n'adhère que partiellement et peu intimement au diaphragme.

La capsule de Glisson très-épaissie, forme autour du foie une sorte de coque continue de 2 à 4 millimètres d'épaisseur

suivant les points ; son tissu est lardacé, blanc, opaque, résistant sous le scalpel, aucun prolongement ne s'en détache pour pénétrer dans la substance du foie. Cette périhépatite scléreuse, rappelle tout-à-fait, comme apparence, certaines pleurésies sans épanchement, mais avec épaississement considérable, certaines formes de phthisie pleurale par exemple.

Le parenchyme hépatique n'offre pas d'autre altération qu'un certain degré de mollesse et de pâleur qui indiquent sans doute un commencement d'altération graisseuse. Sur la face convexe de la *rate*, on trouve une plaque de périsplénite comparable à la périhépatite. Les *reins* sont volumineux, congestionnés, sans altération tuberculeuse ou autre.

Dans le *petit bassin*, les lésions péritonitiques sont considérables, les nodosités tuberculeuses extrêmement nombreuses et le péritoine très-injecté. Le cul-de-sac recto-utérin est en partie comblé par deux masses contournées : ce sont les trompes déviées et fixées dans une situation anormale, rappelant assez bien la disposition des vésicules séminales par rapport à la vessie, pour employer une comparaison qui a été faite plusieurs fois dans des cas semblables. Sur les côtés de l'utérus, le ligament large et les annexes forment deux masses épaisses, compactes, qui unissent intimement l'utérus aux parois du petit bassin et dans lesquelles on ne peut distinguer qu'avec peine et par la dissection une portion des trompes et les ovaires. La vessie est saine.

L'*utérus* est augmenté de volume, peu consistant et semble céder sous le doigt qui le presse. A la coupe, on le trouve rempli d'une masse caséeuse qui est, au centre, molle et presque crémeuse d'un blanc opaque. La face interne de l'organe est dans toute son étendue, ulcérée d'une façon tout-à-fait irrégulière ; une zone hypermique entoure les ulcérations dont le fond grisâtre se continue avec le magma caséeux adhérent.

Les *trompes* distendues et contournées renferment une substance toute semblable.

Quant aux *ovaires*, ils forment à droite et à gauche deux masses du volume d'un marron, formées de petits kystes multiples à parois épaisses : ils sont comme perdus au milieu de tissus fibreux épaissis des ligaments larges.

Enfin, et c'est là ce que la pièce présentait de plus spécial, les muqueuses du col et du vagin sont envahies par une véritable éruption qui ne ressemble à aucune des lésions qu'il est commun d'observer sur ces organes. Au niveau de l'orifice du museau de tanche, de petites ulcérations situées en partie au fond des plis de la muqueuse empiètent à la fois sur la muqueuse de la cavité cervicale et sur celle de la portion vagi-

nale du col ; leur forme est irrégulière, leur fond grisâtre, leur pourtour enflammé, sur le col même et le vagin, jusqu'au voisinage de l'anneau vulvaire ; la muqueuse enflammée et rouge, est semée d'éléments éruptifs lenticulaires, d'un blanc jaunâtre à peine saillants ou de niveau avec la muqueuse environnante. A côté de ces petites plaques arrondies se voient quelques vésicules saillantes et transparentes, ce sont des œufs de naboth, et de petites ulcérations peu profondes qui ont manifestement succédé aux autres éléments ; les uns et les autres reposent sur un fond rouge ; nulle part on ne voit de saillies miliaires qu'on puisse considérer comme des granulations. Il est néanmoins difficile en présence des lésions si manifestement tuberculeuses de la face interne de l'utérus de ne pas considérer comme un produit morbide analogue l'éruption cervico-vaginale, lors surtout que l'on constate au niveau de l'orifice du col de petites ulcérations qui sont en quelque sorte intermédiaires entre les lésions intra-utérines et celles du vagin.

Les tuberculoses cervico-vaginales sont très-rares ; la thèse de M. Brouardel ne signale que trois observations où elles soient décrites et les descriptions semblent se rapporter à trois formes tout à fait distinctes. Dans un cas de Virchow ce sont des granulations qui se sont développées en grand nombre sur la muqueuse. Namias parle d'une plaque ulcéreuse opaque qui, d'après son récit, devait différer complètement des petits groupes éruptifs observés dans le fait actuel. Enfin, Holmes Coote compare l'affection qu'il a observée aux lésions superficielles de la tuberculose laryngée. En effet, l'analogie est très-grande surtout dans les points où l'éruption est ulcérée ; elle pourrait être comparée de même aux ulcérations superficielles multiples et sinueuses de la base de la langue et de l'isthme telles que Julliard les a décrites et figurées, bien différentes par conséquent de l'ulcère tuberculeux unique de la langue avec ses bords indurés, et les petites granulations de la périphérie, et des ulcères de même nature mais beaucoup plus rares qui ont été observés sur le gland, chez un malade par exemple qui était en 1874 dans le service de M. Hillairet par qui le fait a été rapporté. Une lésion de cet ordre développée sur le col utérin ne manquerait pas d'être prise pour un cancer. Quant à l'affection qui nous occupe, elle est restée méconnue pendant la vie ; mais je ne sais, si elle eût été observée, quel diagnostic aurait été porté, car les caractères objectifs de l'affection sont différents de ce qu'on observe journellement dans les affections ulcéreuses du col.

Une autre altération intéressante dans cette autopsie, est celle que présente la capsule de Glisson ; cette périhépatite en

massé, scléreuse et lardacée, distincte en un mot des formes communes.

32. Fibro-myôme utérin d'un volume énorme; par P. RICHAR, interne des hôpitaux.

Julia M. . . , entre le 11 avril 1877 à l'hôpital de la Pitié, service de M. le Dr Gallard. La malade est âgée de 23 ans; le début de la maladie remonte à 2 ans et demi. Elle fut prise d'abord de vomissements, survenant tantôt après les repas, tantôt à jeun et souvent dans la nuit: elle eût en même temps une fièvre assez vive. Le ventre commença à se gonfler; l'augmentation de volume se manifesta d'abord dans le flanc gauche; on y sentait une tumeur sans limites précises et qui ne siégeait pas dans les téguments de la région. Elle entra à l'hôpital Cochin et M. Polaillon qui remplaçait M. Bucquoy fit alors une ponction exploratrice au niveau de la tumeur, mais il ne sortit que quelques gouttes de sang. Les progrès de la tumeur furent rapides; elle envahit successivement la totalité du ventre et, à son entrée à la Pitié, l'abdomen est uniformément et considérablement développé.

Cette femme avant la maladie actuelle jouissait d'une bonne santé; elle avait été réglée facilement et de bonne heure. Toujours les règles furent régulières dans la suite, même après le début des accidents; mais il y a un an qu'elles ont complètement cessé. Elle n'eut jamais d'hémorrhagie utérine ni de pertes blanches.

Etat actuel. — La face et les membres contrastent par leur amaigrissement avec le volume énorme de l'abdomen. L'émaciation est surtout considérable sur les membres supérieurs; les membres inférieurs sont œdématisés. La peau du corps est couverte de taches de rousseur plus marquées au visage, sur le front, les joues et les côtés du nez où elles sont confluentes et forment un masque qui rappelle celui de la grossesse.

L'abdomen mesure d'une épine iliaque à l'autre, 1 m. 02; de l'appendice xyphoïde à l'ombilic 0 m. 41. La circonférence, au niveau du sacrum et au-dessus de l'ombilic est de 1 m. 62. L'énorme masse formée ainsi par l'abdomen déborde les flancs de chaque côté, soulève en haut la base du thorax qui se trouve élargie et descend jusque vers le milieu des cuisses. Le décubitus dorsal est très-pénible; l'oppression est considérable. Soulevée presque sur son séant par de nombreux oreillers, la malade ne peut conserver cette position qui lui permet de respirer un peu plus à l'aise qu'à la condition d'écarter les deux cuisses, entre lesquelles l'extrémité inférieure du ventre vient reposer sur le lit.

La peau est très-distendue, elle ne glisse pas sur la tumeur. Dans sa moitié inférieure, au-dessous de l'ombilic, elle est comme rugueuse et hypertrophiée. Elle est en même temps le siège d'une infiltration œdémateuse et garde l'empreinte du doigt. L'abdomen est sillonné du pubis à l'appendice xyphoïde par des veines très-dilatées, sinueuses, creusées dans le derme induré qui leur constitue une sorte de rigole, la poitrine amaigrie est aussi le siège d'une dilatation veineuse assez considérable.

A la palpation, masse dure et résistante, occupant toute la cavité abdominale; un peu de fluctuation, cependant, sur les limites du flanc gauche et de la fosse iliaque gauche.

La sonorité est très-grande à la partie supérieure de l'abdomen, à l'épigastre où doit être refoulée la masse intestinale. La matité du foie est normale, la sonorité descend à droite beaucoup plus bas qu'à gauche où elle ne dépasse pas la limite supérieure du flanc gauche; dans tout le reste de l'abdomen, matité complète.

Le cœur et les poumons ne présentent rien d'anormal, les urines sont peu abondantes, elles n'ont jamais contenu du sang. Il n'existe pas de diarrhée. La malade ne vomit pas; mais elle ne peut prendre que peu de nourriture. Pas de fièvre, faiblesse assez grande, sueurs, dyspnée, douleurs abdominales.

16 avril. L'oppression a encore augmenté; la malade est dans un grand état d'anxiété; elle ne peut presque plus rien prendre et s'affaiblit beaucoup. Dysurie très-pénible. Les douleurs abdominales ne laissent pas de repos à la malade et les injections de morphine ne les calment que pendant peu de temps. — 17 avril. Mort à 6 heures du matin.

AUTOPSIE du 18 avril. — Le cadavre est couvert de sugillations sur la poitrine et sur toutes les parties déclives. La face est bouffie et livide. L'ouverture de l'abdomen est faite crucialement, les parois considérablement épaissies, surtout dans leur partie inférieure (épaisseur de 6 à 8 centim. due à l'œdème), sont en grande partie adhérentes à la surface de la tumeur; dont il est difficile de les séparer. Une assez grande quantité de liquide citrin s'échappe de la cavité péritonéale:

La tumeur occupe la partie inférieure et gauche de la cavité abdominale; la masse des intestins est refoulée à droite et en haut. Les anses intestinales sont très-distendues, de coloration normale sans fausses membranes récentes à la surface. Un grand nombre adhérent à la tumeur par leur mésentère, d'autres y ont contracté des adhérences plus intimes par leur propres parois. Le grand épiploon a des connexions nombreuses avec la tumeur, il est transformé en une espèce de

filet dont les mailles sont très-irrégulières et dont les travées les plus volumineuses sont parcourues par de gros vaisseaux qui pénètrent dans le néoplasme. Une portion très-rétrécie de la tumeur et qui en est le pédicule s'enfonce dans le petit bassin. On retire avec soin toutes les parties molles du petit bassin et après dissection on constate que le pédicule s'attache au fond de l'utérus.

Description de la tumeur. Enlevée et placée sur une table elle prend la forme d'un haricot gigantesque, s'affaissant un peu sous son propre poids, au hile correspond le pédicule. Elle a, dans son diamètre longitudinal, 50 centimètres environ, dans son diamètre transversal 40, et dans le diamètre antéro-postérieur de 25 à 30.

Son poids est de 26 kilogrammes, la coloration est rose, uniforme; la surface est lisse, légèrement mamelonnée, parcourue par un nombre considérable de vaisseaux aux points seulement où existent les adhérences. La consistance est dure, un peu élastique; sur une coupe le tissu partout homogène est de coloration blanc rosée et d'aspect charnu; on y découvre des sections de vaisseaux, rares, parfois très-volumineux, sortes de véritables sinus qui demeurent béants. La surface de section se bombe et le râclage n'en ramène pas de suc.

Le pédicule est formé au centre par l'utérus de chaque côté duquel se détachent les ligaments larges, libres de toute adhérence; le vagin normal semble allongé, il a 14 centimètres; les plis transversaux sont bien marqués, il existe une membrane henmy; le col de l'utérus est petit, vierge: une sonde introduite par son orifice pénètre de 15 centimètres environ. En ouvrant l'utérus sur la sonde par sa face antérieure, on découvre la cavité du col normal avec les plis non effacés de l'arbre de vie. Plus haut la cavité utérine se trouve réduite à une sorte de conduit qui se perd au point d'implantation du pédicule sur la tumeur. A ce même niveau les parois utérines qui paraissent saines dans leur partie inférieure, prennent un aspect aréolaire, laissent échapper beaucoup de sang à la section et se continuent sans ligne de démarcation avec le tissu propre de la tumeur. Les ligaments larges n'atteignent pas le hile, leur bord libre en est distant de 5 à 6 centimètres, indiquant la limite qu'occupait le fond de l'utérus qui a été tirailé et comme attiré par la tumeur. Les ligaments ronds sont allongés et tirillés; les trompes et les ovaires d'apparence et de volume normal n'ont contracté aucune adhérence. En avant du pédicule, la vessie est un peu distendue, normale d'ailleurs. En arrière, le rectum ne paraît pas altéré. Les reins, un peu volumineux, ne sont pas malades; les uretères

ne sont pas dilatés. La rate est volumineuse, son tissu est friable et de coloration très-foncée, le foie est également volumineux, d'apparence normale, mais de couleur sombre.

Examen histologique. — Une petite portion de la tumeur a été traitée par la gomme et l'alcool. Sur des coupes minces colorées par le picro-carminate et montées dans de la glycérine, nous avons trouvé des faisceaux composés de fibres musculaires lisses, dirigés en divers sens et séparés par une quantité assez considérable de tissu conjonctif dont les fibres ont les directions les plus variées. En certains points les éléments du tissu conjonctif prennent l'aspect de cellules fusiformes se rapprochant des fibres musculaires lisses dont il devient difficile de les distinguer. On ne trouve pas d'éléments embryonnaires et les capillaires ont la structure de vaisseaux parvenus à leur état complet de développement.

23. Péricardite latente chez un vieillard; par M. H. DE BOYER,
interne des hôpitaux.

F... Jean, âgé de 73 ans, infirmerie de Bicêtre (M. Bouchard), est entré une première fois dans le service pour une oppression considérable, allant jusqu'à l'orthopnée, sans douleur notable; le pouls est fréquent, petit, sans intermittences; pas d'œdème; la toux est assez fréquente et il existe en effet une bronchite intense, la langue est humide, sale, l'anorexie est complète; — on prescrit un ipéca. — Le début des accidents remontait à un mois environ; sous l'influence du vomitif, une amélioration notable se produit, le malade est alors transféré aux salles de convalescence; le cœur à cette époque ne présentait rien d'anormal.

Au bout d'une semaine le malade rentre dans le service, son état est empiré; l'oppression est extrême, cependant il n'y a pas à proprement parler d'asphyxie; l'auscultation des poumons dénote à cette époque quelques râles sibilants fins, une grande faiblesse du murmure vésiculaire; bientôt la maladie semble se localiser aux bases où l'on constate du souffle ayant le caractère de celui de la pneumonie. Le pouls est extrêmement petit, tout-à-fait incomptable, mais ce qui est digne d'intérêt, c'est que les bruits du cœur sont parfaitement appréciables, ils sont seulement un peu sourds; à la région précordiale s'entendent par moment des souffles que l'on croit pouvoir rapporter au poumon emphysémateux dont on perçoit la sonorité au-devant du cœur. La température rectale était relativement basse, au moment où nous croyons être en droit de croire à une pneumonie, elle ne dépassait pas 38°,4 : la langue est également bonne; il y a une expecto-

toration semblable à celle de la bronchite chronique. Peu à peu la dyspnée diminue, le malade reprend quelques forces et l'albumine constatée dès le début dans les urines est moins abondante.

Nous étions autorisé par ces symptômes à croire notre malade atteint de néphrite chronique, d'emphysème et de congestion pulmonaire allant par points jusqu'à l'hépatisation, lorsque le 18 avril, en se levant, il tombe mort de syncope.

AUTOPSIE. — Les deux plèvres renferment un abondant épanchement d'hydrothorax, un litre au moins de chaque côté. Les poumons libres d'adhérences sont carnifiés à leurs bases et en ces points l'induration du parenchyme est telle que les fragments plongent au fond de l'eau; coque cartilagineuse en plaque aux sommets, emphysème lobulaire prononcé aux lieux d'élection.

Le sac péricardique est extrêmement volumineux, arrondi; sa surface extérieure a presque 10 centimètres de diamètre; elle est séparée de la paroi costale par le poumon: le feuillet pariétal est très-épaissi et mesure par places un centimètre; la cavité du péricarde renferme près de 600 grammes d'une sérosité sanguinolente, la surface interne du feuillet pariétal présente des saillies villeuses et réticulées, le cœur est dilaté et coiffé de fausses membranes de formation récente. Insuffisance aortique probablement fonctionnelle, rien à la mitrale, quelques caillots décolorés dans les cavités gauches: les reins étaient complètement sclérosés.

RÉFLEXIONS. — Le malade a succombé à la péricardite: nous ne pouvions la reconnaître pendant la vie, car, malgré l'abondance de l'épanchement, la présence du poumon mettait un obstacle sérieux à la constatation du signe principal, la matité précordiale. Cependant on aurait dû être frappé par l'intensité de la dyspnée, par la petitesse du pouls, par le peu d'élévation de la température; le malade ne parlant pas français, il nous était difficile de connaître les symptômes subjectifs et le mode de début qui nous eussent probablement mis sur la voie du diagnostic. Ce fait nous a donc paru intéressant à signaler, d'autant qu'il n'est pas rare chez le vieillard de rencontrer des lésions cardiaques presque complètement latentes.

24. Phlegmon péri-utérin suppuré avec foyers purulents dans la fosse iliaque et à la partie supérieure de la cuisse.
— Ganglion rétro-pubien: son existence, son siège, ses rapports; par Ferdinand DARRIUS, interne des hôpitaux.

J..., 35 ans, jardinière, entre le 19 février au service de

M. Oulmond, suppléé par M. Audhoui. À son entrée, elle se plaignait surtout de vives douleurs dans le membre inférieur gauche sur le trajet du sciatique et en arrière de l'articulation coxo-fémorale, avec rétraction de la cuisse sur le bassin. Mais tandis que l'articulation paraissait intacte, on trouvait sur le côté gauche du col de l'utérus une tumeur fluctuante du volume d'un œuf. La malade ne souffrait pas du côté du ventre, n'avait pas eu de vomissements, et faisait remonter le début des accidents à sa dernière couche. Le diagnostic fut donc : *abcès péri-utérin*.

Quelque temps après, la malade perdait du pus par le vagin. Puis l'écoulement cessa, et l'on constata par le palper l'existence d'une tuméfaction nette située au-dessus du ligament de Fallope, parallèle à ce ligament, avec œdème de la paroi à ce niveau. On s'appretait à faire une incision, lorsque la tuméfaction disparut, en même temps que la malade perdait par le vagin des flots de pus.

26 mars. — Après chloroformisation de la malade, on ramène sa cuisse dans l'extension et l'y maintient par un appareil inamovible. Le jour même, frisson avec claquement de dents qui dura plus d'une heure.

2 avril. — On constate l'existence d'un abcès profond à la partie antéro-externe de la cuisse.

3 avril. — M. Guérin, appelé en consultation, constate ce qui suit : 1° Abcès à la région antéro-externe de la cuisse et dans la fosse iliaque, formant une tumeur nettement fluctuante, mais sonore à la percussion et offrant à sa surface de la crépitation gazeuse.

2° Au toucher vaginal, *cordon dur dirigé obliquement en avant du col vers le pubis*, sur le trajet indiqué par M. Guérin, comme étant le siège de la variété de lymphadénite utérine sur laquelle il a insisté dans ces derniers temps.

3° Hydarthrose du genou gauche. Deux incisions sont pratiquées ; puis pansement ouaté. — Sulfate de quinine, 0 gr. 50. T. après l'opération, 38°, soir, 39°.

4 avril. — T. matin, 37°, 6 ; soir, 40°, 4. — Frissons, hoquet, nausées, sueur froide. — Sulfate de quinine, 1 gr.

5 avril. — Frisson cette nuit. — Vomissements. — Œdème de plus en plus marqué de la jambe gauche avec hydarthrose (?) de plus en plus abondante. — Œdème moindre du membre inférieur droit. — Escharre au sacrum. — T. 36°, 4 ; soir, 36°, 8. — Sulfate de quinine, 1 gr. ; Rhum, 30 gr.

6 avril. — T. 36°, 4 ; soir, 37°, 6.

7 avril. — T. 38°, 2 ; soir, 37°. — A eu un frisson.

8 avril. — T. 38°, 2 ; soir, 36°, 5. — On renouvelle le pansement.

9 avril. — Douleur dans le coude gauche. — T. 37°; soir, 37° 7.

10 avril. — T. 37°,8; soir 38°,2. — Vomit toujours.

11 avril. — T. 37°,2; soir, 37°,8. — On supprime la quinine.

12 avril. — T. 37°,6; soir, 40°,4. — Etat de plus en plus grave.

14 avril. — Mort à 9 heures du matin.

AUTOPSIE faite 24 heures après la mort. Nous la résumons afin de n'insister que sur le point saillant de cet examen anatomique.

Une vaste collection purulente occupe le tissu cellulaire sous-péritonéal de la fosse iliaque interne gauche, remonte en haut vers le psoas dont le pus infiltre et dissocie les fibres, descend en bas vers la partie supérieure de la cuisse où elle forme deux collections purulentes, une en dehors, une en dedans du fémur, et enfin communique en dedans avec une collection purulente située dans le tissu cellulaire pelvien.

Articulations. Coxo-fémorale : les tissus fibreux sont respectés. Ostéite de la cavité cotyloïde. Genou gauche contient du pus (il ne communique pas avec les foyers purulents.) Rien dans les autres articulations. — *Viscères.* Pas d'abcès métastatiques.

Revenons au petit bassin. Avant de détacher la pièce des parties osseuses, on constate ce qui suit : l'abcès occupe le tissu cellulaire pelvien sur les côtes de l'utérus et du vagin. L'utérus un peu volumineux est attiré du côté malade : le col est béant, les lèvres de l'orifice épaissies, des œufs de Naboth sur la lèvre postérieure.

Le ligament large gauche, comparé au ligament droit, est *absolument sain* à sa partie supérieure. *Les trois ailerons mobiles et libres sont normaux*; immédiatement au-dessous d'eux, le ligament est *transparent* malgré un léger épaississement, et cela sur une hauteur de 3 centimètres. Mais à la base du ligament, sur le côté gauche de l'utérus, on peut saisir entre deux doigts une partie indurée *obliquement dirigée en avant et en dehors* du col au pubis. Cul-de-sac recto-utérin; quelques fines lamelles, mais pas de pus dans ce cul-de-sac qui paraît absolument sain.

Après avoir enlevé la pièce, on constate ce qui suit : vessie saine. Dans le vagin, au niveau du cul-de-sac gauche, un orifice qui communique avec l'abcès sous-péritonéal. (Un autre orifice probablement dû à une déchirure pratiquée artificiellement, située dans le cul-de-sac recto-utérin, conduit au trajet signalé plus haut). Enfin, l'on trouve en passant le doigt sur le péritoine, *au-dessous* du ligament rond, et par conséquent contre le pubis, une tumeur grosse comme une noi-

sette. A la coupe, on reconnaît un *ganglion* situé dans le tissu adipeux du petit bassin, *sur une ligne oblique allant du côté gauche de l'utérus au canal sous-pubien*. Ce ganglion est légèrement tuméfié.

REMARQUES. — Il serait impossible dans le cas présent et inutile au point de vue qui nous occupe, de rechercher après de tels ravages, le point de départ de l'affection. Mais ce qu'il faut noter, c'est l'existence de *ce ganglion rétro-pubien*. Depuis que les travaux de MM. J. Lucas-Championnière et Siredey ont attiré l'attention sur les lymphatiques de l'utérus et leur rôle dans la pathogénie des affections péri-utérines, depuis que M. Guérin a décrit ce qu'il appelle la lymphadénite rétro-pubienne, on s'est aperçu que ce ganglion rétro-pubien était passé sous silence par les auteurs classiques d'anatomie. Cependant il était connu par les pathologistes, et M. J. Lucas-Championnière rappelle cette phrase importante de Cruveilhier. « Je dois signaler ici *un ganglion constant* qui occupe l'orifice interne du canal sous-pubien et que j'ai souvent rencontré plein de pus apporté par un certain nombre de vaisseaux lymphatiques provenant de l'utérus et qui de l'utérus se dirigent du côté des ganglions pelviens antérieurs. » (Anatom. pathol. de Cruveilhier, livre XIII.)

Voilà donc un premier fait établi: *ce ganglion antérieur rétro-pubien existe*; donc il peut s'enflammer ou subir toute autre altération à la suite des affections utérines.

De plus en étudiant les rapports de ce ganglion, on constate qu'il se continue par-dessus le pubis avec la chaîne des ganglions inguinaux. Ce rapport nous paraît offrir un certain intérêt. Ne peut-on pas, en effet, expliquer grâce à lui ces faits bizarres à première vue d'altérations des ganglions inguinaux consécutives aux lésions cancéreuses de l'utérus? Sans doute on a voulu les expliquer autrement. D'après Aubry, les lymphatiques du col utérin communiquent avec ceux du vagin et peuvent se rendre aux glandes susdites. Mais Robert leur a vu suivre une autre voie: il vit en effet (thèse de concours, 1848), un chapelet étendu de la partie cancéreuse de l'utérus à la région du pli de l'aîne.

Quoi qu'il en soit, il nous a paru utile d'attirer une fois de plus l'attention sur ce ganglion rétro-pubien, nécessaire à connaître autant à ce dernier point de vue qu'à cause de sa participation fréquente aux affections inflammatoires de l'utérus, et de son rôle dans la pathogénie des phlegmons péri-utérins.

25. Nécrose des deux os de la jambe, survenue à la suite d'une fracture compliquée de plaie, chez un malade mort de phthisie pulmonaire ; par MELCHIOR TORRES.

M. S..., âgé de 32 ans, charretier, demeurant à Paris, est tombé sous les roues de sa charrette, le 22 mars 1876, et l'une de ces roues lui a passé sur l'extrémité inférieure de la jambe. Relevé immédiatement par des passants il fut transporté à l'hôpital Necker.

Au moment de son admission il ne se rappelle pas comment il est tombé de sa voiture, et ne peut expliquer la position de son corps par rapport à la roue. La jambe gauche fracturée, fut placée dans une gouttière en fil de fer.

La nuit suivante, le malade ne put dormir à cause des douleurs atroces qu'il éprouvait. Le lendemain on pratiqua deux incisions pour extraire des fragments d'os, puis on le traita les cinq ou six jours suivants par des irrigations continues et des compresses d'eau froide. Le septième jour on le replaça dans une gouttière en continuant d'appliquer des compresses d'alcool camphré, et il fut soumis à ce traitement pendant plus de trois mois.

Vers cette époque, le malade pria le chirurgien de lui faire l'amputation de la jambe. Le chirurgien ne jugea point cette opération nécessaire, pensant que le malade pouvait conserver son membre sans inconvénient. Vers le cinquième mois la suppuration avait diminué, mais on fut de nouveau obligé de pratiquer des incisions pour extraire des séquestres.

Sept mois après l'accident le malade demanda à sortir de l'hôpital; mais au bout de quelques jours, se trouvant de plus en plus mal, il demanda à entrer à la Charité où on lui proposa de faire l'amputation de la jambe. Il refusa cette proposition, espérant toujours pouvoir conserver son membre. A sa sortie de la Charité, il se rendit au bureau de l'Assistance publique qui l'envoya aux Incurables où il resta jusqu'au mois de mars dernier. L'amputation lui fut encore proposée, il s'y refusa de nouveau. A son entrée à l'hôpital, le malade avait commencé à tousser beaucoup ; depuis son accident il avait maigri énormément et dans ces derniers temps quelques hémoptysies avaient paru. Renvoyé des Incurables, il se présenta à l'Hôtel-Dieu, où il fut admis et où il mourut quelques jours après.

A L'AUTOPSIE, on trouva : Tube respiratoire. Plusieurs petites ulcérations sur la muqueuse du larynx et de la corde vocale inférieure. — *Poumons*. — Beaucoup plus petits qu'à l'état normal ; formés par un tissu dur et compacte presque

comme celui du foie ; vont au fond du vase remplis de tubercules. Dans les deux sommets existaient d'énormes cavernes ; la plèvre était adhérente aux côtes. — *Cœur et valvules.* — État normal. — *Artères.* — Dures et un peu athéromateuses. — *Foie.* — Volumineux et de couleur jaune clair. — *Rate.* — Très-petite et un peu ramollie. — *Reins.* — De grosseur normale ; le bassinnet renfermait un liquide un peu purulent. — *Vessie.* — Très-petite et parois assez épaisses.

Dans la jambe gauche existait trois gros ulcères et quatre petits. Les gros étaient situés : le premier au-dessous de l'articulation du genou, à trois travers de doigt de l'articulation et à la face interne du tibia ; le deuxième, plus gros que le précédent, se trouvait au milieu de la jambe ; le troisième deux fois plus large que le précédent et trois ou quatre fois plus que le premier, occupait presque toute la circonférence de la jambe. Dans cet ulcère, on apercevait un séquestre mobile qu'il était impossible d'extraire. Les ulcérations plus petites se trouvaient, une de chaque côté des malléoles, et les deux autres dans la région postérieure du tiers inférieur de la jambe. Les deux os présentent, comme le montrent la pièce et les planches ci-jointes (1), une fracture oblique de la jambe. Ils sont soudés en trois endroits ; aux deux extrémités et au milieu dans la direction de la fracture.

Le séquestre supérieur entre et sort à volonté, tandis que le séquestre inférieur, d'une longueur de huit centimètres et demi ne peut être extrait sans fracture de l'os. Il communique avec cinq cloaques, dont quatre sont de la grosseur d'une pièce de 50 centimes et le cinquième plus gros qu'une pièce de 1 franc par où sort une des extrémités du séquestre.

Le cloaque du séquestre supérieur présente une longueur de quatre centimètres et demi sur deux et demi de largeur. Il existe encore d'autres cloaques. Deux à l'extrémité inférieure des deux os et communiquant ensemble, mais sans séquestre. Un dernier cloaque à l'extrémité supérieure du tibia (face interne). Dans celui-ci se trouve aussi un petit séquestre.

Les parties osseuses nécrosées sont assez déformées et présentent une quantité innombrable de pertuis et de rugosités.

26. Calcul du bassinnet composé presque exclusivement de phosphate de chaux ; par M. LÉON TORRES.

M. Tessière, né de parents gouteux, a souffert dès son

(1) Déposées dans l'Album de la Société.

enfance de douleurs articulaires. En même temps il dit avoir souffert de douleurs aux reins par accès, mais auxquelles il ne fit pas attention parce qu'il croyait qu'elles étaient toujours produites sous l'influence de son rhumatisme. Plus tard son urine devint trouble et sédimenteuse.

Depuis 1867, le malade est sujet à de violents accès douloureux de la région lombaire, s'irradiant vers le testicule et le membre inférieur et durant quelques heures. Ces douleurs étaient accompagnées toutes les fois de nausées et même de vomissements. En se penchant en avant il trouvait que ses douleurs devenaient plus supportables. Cette série de symptômes durait trois ou quatre jours environ, les jours suivants il restait engourdi, de sorte qu'il ne pouvait continuer son travail.

Vers 1867 le malade fut obligé d'entrer à l'hôpital du Midi pour une maladie vénérienne, pour laquelle il dut garder le lit 25 jours à la suite desquels il sortit en convalescence. A partir de cette époque il s'adonna beaucoup à la boisson et ses douleurs devinrent plus fortes. Vers 1869 apparurent des hématuries accompagnant chaque accès. En outre de petits graviers sortirent avec les urines : ils étaient quelquefois assez gros pour occasionner des douleurs au passage par l'uretère.

Le malade prévoyait ses accès de douleurs à la couleur de ses urines qui changeaient leur couleur claire contre celle de jaune foncé ; ce symptôme disait-il le trompait rarement. Dans ces derniers temps survinrent de la toux, des hémoptysies, et finalement le malade épuisé mourut le 6 avril 1877 dans le service de M. Guéneau de Mussy.

AUTOPSIE.—Tube respiratoire. Il existait des ulcérations dans les cordes vocales et particulièrement dans celle du côté droit. La forme des ulcérations était ovale, un peu allongée. Dans la trachée rien de particulier à l'œil nu. Le poumon gauche était très-petit et farci de petits tubercules mais sans cavernes. Le droit était au contraire, très-gros, dur et avait de grosses cavernes au sommet.

Cœur très-petit, flasque, mou et un peu grasseux : les valvules étaient en bon état. Foie, gras et gros. Rate petite, ramollie. Appareil urinaire : le rein du côté droit était un petit peu plus gros que celui de gauche ; sa couleur était rouge noirâtre ; injection vive ; forme normale ; celui du côté gauche plus petit ne présentait pas de difformité extérieure, il présentait comme dimension dix centimètres de l'extrémité supérieure à l'extrémité inférieure, six centimètres et demi du bord interne au bord externe, vingt-cinq centimètres de circonférence, et deux centimètres et demi du bord antérieur au bord postérieur du même organe, dans

son intérieur existaient cinq calculs, l'un du volume d'une amande et les quatre autres plus petits, tous sont rugueux et d'une coloration noirâtre. Les uretères étaient presque de même grosseur des deux côtés. Le bassinet du rein gauche était un peu dilaté particulièrement à l'embouchure de l'urètre. Le poids du rein avec les calculs était de 0,120 gr., sans les calculs, 0,111 gr.

En considérant le rein malade on remarque tout d'abord à sa surface de petits points blancs jaunâtres qui font une légère saillie et qui, étant incisés, laissent échapper une matière d'apparence grasseuse. C'est sur une de ces portions altérées que nous avons cru devoir porter notre examen et que nous avons trouvé les lésions figurées dans la planche ci-jointe (1). Après avoir fait durcir l'organe dans l'alcool absolu, des coupes ont été pratiquées perpendiculairement à la surface. Ces coupes colorées au picro-carminate et examinées à faible grossissement (fig. 1, obj. o. de Nachet ocul. 1) montrent que les éléments normaux du rein ont disparu. On ne voit plus ni glomérules ni tubes urinipares, ils sont remplacés par du tissu conjonctif enflammé, et à la place qu'ils occupaient existent des espèces de cavités kystiques très-intéressantes à étudier. Elles sont, en effet, limitées par une zone de tissu conjonctif assez compacte se colorant en rose pâle et entourées par une portion fortement enflammée de tissu rénal. Le centre est rempli d'une matière pulpeuse qui est celle que nous avons mentionnée lorsque nous avons parlé des élevures à la surface du rein. La zone conjonctive colorée en rose pâle (fig. 2), présente des noyaux allongés. Ces cavités kystiques sont formées aux dépens de glomérules de Malpighi et la figure 3 en montre un, dont les éléments normaux ont disparu et sont remplacés par une formation nouvelle de tissu conjonctif.

La figure 4 montre des glomérules en voie d'atrophie et enfin dans la figure 5 on peut constater qu'à la place des tubes urémipares, il n'y a plus que quelques cavités irrégulières contenant ce que les auteurs ont décrit sous le nom de cylindres hyalins, c'est-à-dire une matière amorphe hyaline, formée aux dépens de l'hépithélium altéré.

L'analyse chimique des calculs, très-soigneusement faite par M. Adam, a démontré qu'ils étaient entièrement composés de phosphate de chaux avec quelques traces insignifiantes de magnésie.

(1) Déposée dans l'Album de la Société.

27. Tuberculose pulmonaire. — Tuberculose des organes génito-urinaires; par M. PAUFFARD, interne.

Tache Armand, 27 ans, imprimeur, entre le 31 mars 1877, à Necker (service de M. Guyon), pour des troubles urinaires, et en particulier pour une incontinence datant de quelques mois. A ce moment, il a une phthisie pulmonaire déjà très-avancée (cavernes aux deux sommets): état général déplorable (maigreur, etc.); tout cela remonte à 2 ans environ.

Du côté des organes génito-urinaires, voici ce qu'il raconte : première chaudepisse en 1875 (durée 3 semaines); deuxième, en avril 1876 (durée 1 mois — complication d'orchite droite).

En mai, les mictions, ni difficiles, ni douloureuses, devinrent plus fréquentes, mais seulement pendant le jour, jusqu'en septembre, époque à laquelle elles apparurent la nuit et s'accompagnèrent de douleurs dans le canal et au méat: en même temps les urines se troublèrent.

En décembre, cystite violente: douleurs plus vives, mictions toutes les 1/2 heures pendant le jour, toutes les heures la nuit: urines de plus en plus troubles. — En février 1877, la cystite étant devenue chronique, apparut l'hématurie, qui dura quelques jours: le sang venant d'ordinaire au début de la miction: une fois seulement, à la fin, le malade rendit une cuillerée de sang environ. Quelques jours après, vint l'incontinence, d'abord avec sensation du passage de l'urine, puis, 3 semaines après, se faisant d'une manière inconsciente: l'urine tombe goutte à goutte, contenant des grumeaux caséeux, des flocons blanchâtres, à odeur infecte.

Pas de douleur à l'hypogastre, ni au périnée: matité vésicale peu étendue. Le lobe droit de la prostate, les vésicules séminales, l'épididyme droit sont indurés. — 16 avril. Mort dans le marasme.

18 avril. AUTOPSIE. — *Centres nerveux.* Rien. — *Thorax.* Poumons tuberculeux partout, avec caverne aux deux sommets. — Cœur petit, cavités et orifices sains; caillots fibrineux dans les ventricules, l'aorte et l'artère pulmonaire. — Ganglions bronchiques tuberculeux.

Abdomen. — Un peu de sérosité roussâtre dans le péritoine. — Intestins, mésentère, ganglions, pancréas, sains. — *Foie* gras, hyperémié, lisse, de consistance normale: pas de bile dans la vésicule. — Rate congestionnée, indurée, peu volumineuse, présentant à la coupe des tractus fibreux épaissis de la capsule et plusieurs infarctus de couleur brun-clair, dont deux plus étendus, situés dans le segment supérieur de l'organe génito-urinaire.

Organes génito-urinaires. — Les lésions sont beaucoup plus marquées et plus avancées à droite qu'à gauche.

Rein droit. — Capsule épaissie, présentant çà et là les granulations tuberculeuses. **Glande.** — Irrégulière, bosselée extérieurement, volumineuse, pesant 500 grammes, de coloration marbrée, offrant çà et là des points fluctuants presque complètement détruite intérieurement. **A la coupe.** — Cavités multiples à la périphérie, à contenu lactescent, à parois caséeuses, communiquant entr'elles, vaste cavité centrale, semblable aux premières, ayant détruit la substance médullaire, une partie de la substance corticale et envahi les calices et le bassin. — **Urètre** gros, induré à parois très-épaissies, caséeuses. — **A gauche, rein** moins volumineux, non désorganisé, d'aspect marbré, et présentant quelques points de congestion intense, noirâtre, à côté de points anémiés : quelques noyaux caséeux.

Vessie. — De dimensions normales. Tissu sous-péritonéal, épaissi, fibreux : pas d'adhérences anormales, pas d'hypertrophie des parois. En ouvrant la cavité vésicale, on voit s'écouler un liquide blanchâtre, glutineux, assez épais et contenant quelques grumeaux caséeux. — **Muqueuse** parsemée de granulations tuberculeuses jusqu'au sommet : rouge, un peu enflammée, peu épaissie. — Dans le segment vésical inférieur, on constate un état de destruction presque complet : plaques caséeuses épaisses, se continuant avec une autre cavité postéro-inférieure, creusée aux dépens de la prostate, à peu près entièrement détruite.

Vésicule séminale gauche saine ou à peu près ; la droite, contient des noyaux caséeux de la grosseur d'un pois. — **Canal déférent**, sain, sauf un peu d'induration près des vésicules.

Dans le canal urétral, on trouve un semis de granulations tuberculeuses, sous-muqueuses, s'étendant jusque vers le milieu de la portion spongieuse où elles disparaissent après s'être raréfiées. — Enfin, l'épididyme droit est envahi par la matière caséuse dans toute sa longueur.

28. Tuberculose des voies génito-urinaires. — Tuberculose pulmonaire ; par M. PAUFFARD, interne.

Schmitt, Edouard, 33 ans, sellier, entré à l'hôpital Necker (service de M. Guyon) le 8 février 1877, dans un état cachectique assez avancé, déterminé par une phthisie pulmonaire, ajoutée à une tuberculose des voies génito-urinaires, pour laquelle il a déjà été soigné à Necker en 1876.

Chaudépisse à l'âge de 20 ans, ayant duré six semaines.

Point d'accidents jusqu'à il y a 11 mois. A ce moment, il s'est formé dans le testicule droit un abcès tuberculeux, à évolution lente, s'étant ouvert le 14 juin 1876 et ayant laissé après lui une fistule urinaire. Le malade, soigné pour cet abcès, dans le service de M. Guyon, sort le 18 juin non guéri, porteur de sa fistule et ayant des noyaux tuberculeux dans les deux testicules. Du côté des poumons, il y avait déjà des craquements aux sommets (toux fréquente, enrrouement, crachats épais, sueurs, diarrhées intermittentes, amaigrissement et faiblesse).

Depuis 4 mois, mictions de plus en plus difficiles, douloureuses et fréquentes (20 à 25 fois dans les 24 heures). Les urines, claires au début, devenues de plus en plus troubles sanguinolentes une fois seulement il y a trois mois, contiennent actuellement des grumeaux caséeux, gris-jaunâtres, déposant au fond du vase. L'état général est mauvais; les accidents continuent; pas d'appétit; douleur à la gorge, gênant la déglutition et persistante.

23 février. — Mort dans le marasme et l'épuisement.

AUTOPSIE. — 23 février. — Tuberculose généralisée.

Centres nerveux. — Méninges un peu vascularisées. Rien dans la substance ou les cavités cérébrales.

Larynx. — Cordes vocales inférieures peu ulcérées, mais épaissies et infiltrées de tubercules miliaires très-confluents, et s'étendant jusqu'aux cordes vocales supérieures. La muqueuse laryngienne sous-épiglottique, les replis arythénoïdiens et la muqueuse sous-glottique sont hyperémiés et épaissis (piqueté rose) ainsi que la muqueuse trachéale. *Corps thyroïde sain.* Ganglions cervicaux augmentés de volume.

Thorax. — Tuberculose des 2 poumons, cavernules aux deux sommets et tubercules miliaires jusqu'aux bases et jusque sous la plèvre. — *Cœur* de volume normal, recouvert d'une épaisse couche de graisse. *Ganglions bronchiques* gros, indurés, tuberculeux. *Abdomen.* *Péritoine* sain. *Foie* gros, infiltré de graisse jaunâtre, de consistance normale; les veines sus-hépatiques sont dilatées; le vésicule biliaire volumineux contient un liquide jaune foncé, très-épais et présente des parois hyperémies. — *Rate*, hyperémie augmentée de consistance. *Tube digestif.* Dans l'intestin grêle, ulcérations, au niveau de l'ilion, au nombre de 8 à 10, siégeant dans les glandes de Payer et à diverses périodes de développement. Dans le gros intestin, près de la valvule, ulcérations avancées, avec fond rouge, granuleux, ayant détruit la muqueuse seulement, ovulaire (0,03 sur 0,02) siégeant surtout au cœcum et dans l'appendice iléo-cœcal. A l'extrémité de celui-ci, qui est perméable dans toute sa longueur, on constate une perforation complète, à bords inflam-

més, sans corps étranger, ni néoplasme, sans inflammation dans les régions voisines. — Rien dans le reste du gros intestin. — *Ganglions mésentériques* gros, purs, semblables aux ganglions du médiastin. — *Mésentère* hyperémisé, avec dilatation des veines. — *Pancréas*, sain, un peu augmenté de volume. — *Voies urinaires et génitales*.

Reins. — Le gauche est congestionné, gros, rouge, avec un noyau tuberculeux à sa périphérie. — Le droit, d'un tiers plus volumineux que l'autre, entouré d'une épaisse couche de graisse, d'une capsule sclérosée et se détachant facilement, et de tubercules crus et miliaires, présente à la coupe une désorganisation à peu près complète, due à des masses caséuses parfaitement limitées dans les deux substances du rein et surtout abondantes dans les calices et le bassin. Les parties de substance rénale non détruites sont d'un rouge foncé et chroniquement enflammées : plus de tubes urinaires, ni de pyramides.

Urèteres très-épaissis avec quelques noyaux tuberculeux et granulations grises. — *Vessie*. La moitié supérieure jusqu'au sommet est absolument indemne ; pas de traces de granulations ; muqueuse saine. La moitié inférieure, au contraire, caséuse avec masses blanchâtres qui s'écrasent facilement sous le doigt, offre une arrière cavité inféro-postérieure, creusée aux dépens de la prostate anfractueuse : celle-ci est à moitié détruite, bosselée en arrière, creusée en avant où elle se confond avec la paroi de la vessie. Les vésicules séminales non détruites, contiennent un liquide trouble, mélangé de débris tuberculeux,

Urèthre. Rouge jusqu'au méat et infiltré de granulations depuis la portion membraneuse jusqu'à la fosse naviculaire : ces granulations, petites, se voient sur la muqueuse et sont d'autant moins confluentes qu'on se rapproche davantage du méat. *Testicules* atrophiés et caséux. *Epididymes* complètement transformés en substance caséuse, qui présente là la consistance du mastic.

29. Corps étranger de l'œsophage. — Ulcération de l'aorte ;
par M. Bousquet, aide-major.

Payeur Adolphe, soldat du 28^e de ligne, entre à l'hôpital militaire du Gros-Caillou (service de M. Dufour), le 20 mars 1877. Cet homme est atteint de pleuro-bronchite, remontant à six jours. Le 11 avril, il était rétabli et demandait à sortir. Le médecin traitant, sur l'état anémique du malade et quelques points pleurétiques disséminés à gauche, crut devoir refuser.

Le 12 avril, à six heures du soir, le malade est pris de vomissements de sang. Des caillots furent d'abord expulsés, puis du sang pur; il y eut quelques évacuations de même nature par l'anus, et le malade mourut à une heure du matin, avec tous les signes d'une hémorrhagie interne incoercible.

AUTOPSIE le 14 avril. — Le cadavre est blanc, mat, littéralement exsangue. La cavité thoracique est ouverte; rien d'anormal, rien qui puisse expliquer l'hémorrhagie. Au sommet du poumon gauche, quelques légères adhérences dont l'auscultation avait révélé la présence. Le cœur est vide, rien dans les bronches, la trachée ou le médiastin. — L'estomac est ouvert, on le trouve rempli d'un liquide spumeux, couleur chocolat et de caillots sanguins. — L'œsophage a été en partie enlevé avec les poumons; de ses deux surfaces de section, s'échappent de gros caillots sanguins. Rien jusque là qui puisse expliquer la mort. En promenant les doigts sur les parties latérales du conduit, on sent en un point, un corps dur et plat. Ce point correspond à la bifurcation des bronches, au commencement de la portion descendante de l'aorte, au disque qui unit la quatrième et la cinquième dorsale.

L'œsophage est fendu dans toute sa longueur sur la face postérieure. Au point ci-dessus désigné, on voit un os plat, à bords irréguliers et tranchants, dont la forme se rapproche de celle d'un carré, et qui mesure 2 cent. 5 de côté; les bords de cet os se sont creusés une place dans la muqueuse du conduit œsophagien; en le dégageant, on voit qu'il est armé de plusieurs arêtes. Cet os a probablement appartenu à la poitrine d'un dindon ou animal semblable. L'aorte est à son tour ouverte sur toute sa longueur. Parmi les trous d'origine des intercostales et des œsophagiennes, on en voit un plus petit, moins régulier, à bords déchiquetés, entouré d'un liseré jaune. Une sonde cannelée, introduite par ce pertuis, conduit exactement au niveau des parties ulcérées de l'œsophage, près d'un des angles aigus de l'os. C'est par là qu'a eu lieu l'hémorrhagie, et c'est le contact de cet angle, la pression qu'il exerçait sur les téguments, pression augmentée encore au moment de la déglutition, qui a été cause de la petite ulcération.

Les observations de corps étrangers de l'œsophage ne sont pas rares, des cas de mort survenue dans des circonstances absolument semblables, sont relatés çà et là dans la science; mais, ce qui fait l'intérêt de cette observation, c'est le fait, de la présence dans l'œsophage d'un corps étranger aussi volumineux et aussi facilement toléré. Payeur en effet, est resté, vingt-et-un jours à l'hôpital où l'avait mené une affection légère, une bronchite, plusieurs jours avant sa mort, et avait été mis à deux portions, qu'il mangeait avec appétit, et jamais

il ne s'était plaint ni au médecin traitant ni à ses camarades de gêne dans la déglutition. Jamais un mot qui ait pu révéler la présence de ce corps étranger. Le soir de sa mort cependant après avoir diné et quelques instants avant le début de l'hémorragie il se plaignit à la sœur de service, d'étouffements et de gêne dans le dos.

A quelle époque remontait la présence de ce corps étranger. La question est assez difficile à résoudre, cependant on peut avec les quelques données précitées, affirmer presque sûrement que ce corps étranger a séjourné au moins un mois dans l'œsophage. L'os semble appartenir, avons-nous dit, à la poitrine d'un dindon ou d'un animal analogue; or, comme semblables animaux ne rentrent pas dans le régime des hôpitaux militaires, il y a gros à parier que son ingestion ait été antérieure à l'entrée du malade; comme, d'autre part, le début de l'affection qui l'avait conduit dans nos salles, remontait à 6 jours, que, pendant ce temps, le malade, peu alerte, restait à la caserne et se contentait de la nourriture réglementaire, la déglutition de l'os était encore antérieure à ces 6 jours. Ce corps étranger est donc resté dans l'œsophage un temps qu'il est difficile de déterminer, mais qu'on peut affirmer avoir été au moins d'un mois.

30. Perforation de la trachée sans manifestation symptomatique. — Obstruction incomplète de l'orifice de la sous-clavière, par une plaque athéromateuse; par OZENNE, interne provisoire.

Madame Ad..., âgée de 74 ans, entre, le 11 février 1877, à l'infirmerie de Sainte-Périne. — Mort le 3 mars. L'intérêt de cette observation n'existant que dans la description de deux pièces, présentées à la Société, nous signalerons le plus brièvement possible les accidents qui ont précédé la mort de madame Ad...

Les antécédents sur le passé de la malade restent inconnus. Une bronchite à répétition est la seule maladie, qui ait atteint depuis plusieurs années madame Ad... C'est de nouveau ce qui la fait entrer à l'infirmerie le 11 février. L'examen de la malade fait constater les symptômes ordinaires d'une bronchite intense, avec emphyseme et congestion bi-latérale. Aucune particularité à noter, sauf du côté de la circulation, où l'on remarque ce qui suit :

Une différence notable entre le pouls radial droit et le pouls radial gauche. Matité cardiaque un peu plus étendue qu'à l'état normal. La pointe bat dans le 6^e espace intercostal, en dehors du mamelon. Battements faibles, réguliers. Souffle

diastolique, très-léger à la base. La pulsation radiale, à droite, est en rapport avec les battements du cœur : à gauche, le pouls est presque imperceptible, *véritablement filiforme*. Les artères radiales, de même que toutes les artères superficielles, accusent la dégénérescence athéromateuse ; et c'est cette altération sans doute plus prononcée d'un côté que de l'autre, que notre maître, M. Descroizilles, invoque pour expliquer l'imperceptibilité du pouls gauche, aucun signe ne manifestant la présence d'un agent quelconque de compression. Les autres viscères ne présentent rien de particulier : Le squelette offre des déformations du rachitisme, surtout accusé par une scoliose dorsale. Pendant une quinzaine de jours, l'état de la malade ne paraît ni s'aggraver, ni s'améliorer, puis, tout à coup, la double congestion pulmonaire s'accroît, et le 3 mars la mort survient dans l'asphyxie.

AUTOPSIE, 24 heures après la mort. — *Cerveau*. Artères de la base rigides. Pas de lésion cérébrale. — *Cavité abdominale*. Congestion de tous les viscères. En outre sur la face antéro-externe du rein droit, infarctus d'origine ancienne. — *Cavité thoracique*. Plèvres saines. — *Poumons*. Congestionnés, emphysémateux. Bronches remplies de mucosités, portent les lésions de l'inflammation chronique. — *Trachée*. Les adhérences, qui unissent sa paroi postérieure étant détruites, on trouve sur cette paroi, à 1 centimètre au-dessus de l'origine des bronches, et dans ce point qui correspond à l'union des cerceaux et de la paroi musculo-membraneuse, une solution de continuité. Cette perforation, qui présente une étendue verticale de 2 centimètres, et une étendue transversale de 1 centimètre, adhère par ses deux lèvres renversées en dehors, à la face antérieure de l'œsophage, laquelle *faisait office de bouchon* et *l'obturait complètement*. Ce dernier organe n'offrait à ce niveau aucune altération.

Cœur. Hypertrophie, portant sur le ventricule gauche. Endocarde sain. Pas de lésion orique et valvulaire, autre qu'une dilatation de l'orifice aortique, avec athérôme sur la face artérielle des valvules sigmoïdes.

Aorte. L'aorte, le tronc brachio-céphalique, la carotide et la sous-clavière gauches sont des types d'artérite déformante. La crosse aortique, où les lésions sont le plus prononcées, offre un volume bien supérieur à l'état normal, avec une très-grande rigidité et inextensibilité de ses parois. Toute la face interne est recouverte de foyers athéromateux, de plaques calcaires, de forme, d'étendue et d'épaisseur variables ; et parmi celles-ci, il en est une dont la situation et les rapports avec l'orifice de la sous-clavière a attiré spécialement l'attention.

De forme rectangulaire, n'attendant plus à la paroi du vaisseau que par l'un de ses bords, elle est située en avant et au-dessus de l'orifice de la sous-clavière, et est disposée de telle sorte, que, au contact de l'ondée sanguine, elle *pouvait*, en se rabattant, obturer en partie l'orifice de cet artère.

De ces différentes lésions, nous n'en rappellerons que deux. La perforation de la trachée et l'altération de la crosse aortique, l'une et l'autre touchant plus ou moins directement à la clinique et tirant de cette circonstance l'intérêt qu'elles comportent.

Pour ce qui regarde la perforation, on remarquera qu'elle ne s'est révélée, pendant la vie de la malade, par aucun signe et bien que la date de sa formation, déjà ancienne, son évolution, sa pathogénie nous soient inconnues, on s'explique facilement qu'elle n'ait donné lieu à aucun accident, la perte de substance trachéale *ayant été comblée et remplacée comme paroi* par la face correspondante de l'œsophage.

Quant à l'endartérite athéromateuse, si on peut l'invoquer pour rendre compte de la différence perçue sur les deux poulx, en supposant cette lésion plus développée sur le tronc artériel du membre gauche (tronc qui n'a pu être examiné dans toute sa longueur), il nous est permis de ne pas la regarder comme la seule cause, mais d'y adjoindre l'*obstacle mécanique* engendré par la *plaque calcaire flottante* que nous avons mentionnée près de l'origine de la sous-clavière.

Sa disposition au-dessus de l'embouchure de l'artère, sa mobilité et par suite la nouvelle situation qu'elle devait prendre à l'arrivée de chaque ondée sanguine, *pouvaient* faire de cette plaque une membrane obturante, mettant obstacle à la pénétration du sang dans la sous-clavière.

31. Ulcère simple de l'estomac, suivi de perforation dans le foie, avec adhérences de ce viscère à la paroi costale ; par M. MAYGRIER, interne des hôpitaux.

Hulberger, Séraphine, 36 ans, laitière, entre le 16 janvier à l'hôpital Saint-Antoine (service de M. MESNET.)

Dès les premiers jours de janvier, cette femme a commencé à ressentir des douleurs assez vives, qui, d'abord irradiées dans les régions épigastriques du lombaire, se sont bientôt localisées dans le flanc gauche. En même temps sont survenus peu à peu de l'affaiblissement général, de l'émaciation et une anorexie à peu près complète.

La malade se présente à l'hôpital très-anémiée. La peau, les conjonctives et les gencives sont pâles et exsangues. Il existe un bruit de souffle doux à la base du cœur et un

souffle continué avec renforcement dans les vaisseaux du cœur. La perte de l'appétit est absolue. Il n'y a *jamais* eu de vomissement, sauf de temps en temps quelques pituités glaireuses.

Le phénomène principal est une douleur extrêmement vive, persistante, spontanée et s'exagérant par la pression, siégeant dans le flanc gauche, sans point correspondant en arrière; on ne peut constater de tumeur à la palpation.

Les jours suivants, apparaît une diarrhée rebelle, qui ne cède qu'après quinze jours à un traitement approprié; pas de sang dans les selles. Puis survient un œdème douloureux du membre inférieur gauche, qui persiste pendant près de trois semaines: pas d'albuminurie.

Peu à peu, la douleur se localise de plus en plus, tout en augmentant encore d'intensité, en un point situé immédiatement au-dessous des fausses côtes du côté gauche. A cet endroit, la percussion dénote une matité bien limitée, et par la palpation on a la sensation d'une résistance anormale; mais rien de comparable à une tumeur.

Vers la fin de février, survient un mieux général; les douleurs diminuent, l'appétit revient un peu, la malade peut se lever. Mais cette amélioration ne dure que peu de temps. Bientôt, les douleurs se montrent de nouveau plus vives que jamais, l'anorexie devient absolue; nouvel œdème de la jambe gauche. En quelques jours, la cachexie fait des progrès rapides.

17 avril. La malade a le faciès grippé, le pouls petit; elle se plaint de douleurs abdominales généralisées. Le ventre n'est pas ballonné, mais il est très-sensible à la moindre pression. Il n'y a pas de vomissements. La mort arrive le 18 avril.

Autopsie faite le 20 avril. — Le cœur et les poumons sont sains; on constate seulement un hydropéricarde assez abondant. A l'ouverture de l'abdomen, on trouve un peu de liquide purulent épanché à la surface du péritoine viscéral qui présente une injection très-vive généralisée, et est collant au doigt; la séreuse qui tapisse le foie est en outre recouverte çà et là de fausses membranes, ayant déterminé quelques adhérences.

Le foie est aplati, abaissé; il occupe toute la largeur de l'abdomen. Au niveau des derniers espaces intercostaux du côté gauche, il y a adhérence complète du viscère à la paroi.

En séparant cette adhérence, on tombe dans une cavité creusée dans le tissu hépatique et du volume d'une petite orange. En introduisant le doigt dans cette excavation, on sent une ouverture profonde qui la fait communiquer avec

l'estomac. Ce dernier organe a la forme d'un bissac, rétréci qu'il est en son milieu par des adhérences unissant sa petite courbure au foie.

En l'ouvrant suivant son bord inférieur, on y trouve une large ulcération ayant son siège sur la petite courbure et communiquant avec la cavité creusée dans le foie. Cet ulcère, grand comme une pièce de cinq francs, est aminci sur ses bords, où la muqueuse stomacale semble se confondre avec le parenchyme hépatique. Il semble qu'il se soit fait là une véritable digestion du tissu glandulaire par le suc gastrique. Notons que la cavité du foie adhérente d'une part avec la paroi costale et communiquant d'autre part avec l'estomac ne s'est jamais mis en communication avec la cavité péritonéale et que la péritonite finale ne peut s'expliquer que par propagation. Le cardia et le pylore sont sains; à côté de l'ulcère, il existe, par places, une injection de la muqueuse de l'estomac et un peu de ramollissement, mais pas de traces d'autres ulcérations anciennes ou récentes.

Séance du 27 avril 1877.

PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

32. Urémie aiguë. — Néphrite interstitielle. — Absence congénitale du rein et de l'uretère du côté droit; par M. A. JOLIAS, interne des hôpitaux.

Le nommé Duval (Clovis), âgé de 20 ans, polisseur, est entré le 9 mars 1877, dans le service de M. E. BERNIER, à l'hôpital Saint-Louis (salle Saint-Léon, lit n° 63). Ce malade, scrofuleux, présente le jour de son entrée un eczéma généralisé, qui fut traité et guéri par les moyens ordinaires.

Convalescent et sur le point de quitter l'hôpital, il est pris d'une attaque épileptiforme, puis tombe dans un coma profond qui dure quatre jours. Absence d'œdème. Les membres abdominaux sont très-amaigris. La respiration est bruyante, stertoreuse. L'auscultation des poumons et du cœur ne révèle aucun bruit morbide. Le pouls reste lent, régulier. Les selles

et les mictions sont involontaires. La température n'a pas été prise. Le malade meurt le 21 avril, cinq jours après son attaque épileptiforme.

AUTOPSIE. — Les *méninges* sont congestionnées. Le cerveau ne présente aucune lésion. Les poumons sont congestionnés. Le cœur, surchargé de graisse, ne présente aucune lésion valvulaire. Rien dans les séreuses, ni dans les autres organes.

Arrivons au fait intéressant qui nous occupe : il n'y avait qu'un seul rein, présentant le dernier degré de la lésion de Bright ; le malade avait succombé à une encéphalopathie urémique. Le rein gauche existait seul, très-décoloré, atrophie ; il occupait sa place normale et était entouré d'une atmosphère graisseuse, très-épaisse. En faisant une coupe transversale, dirigée du bord convexe vers le bord concave de l'organe, on constate que les deux surfaces sont pâles grisâtres, et qu'entre les pyramides de Malpighi sont interposés plusieurs petits kystes séreux. Ce rein n'est pas multilobé.

De l'examen histologique fait par M. Gombaux, il résulte que ce rein présente les lésions de la néphrite interstitielle chronique. Dans la substance corticale, on observe sur les coupes faites perpendiculairement à la surface du rein, des traînées qui se colorent vivement en rouge par le carmin et qui sont séparées les unes des autres par des bandes de tissu sain. Au niveau de ces bandes et traînées qui se colorent en rouge par le carmin, on constate un développement considérable du tissu interstitiel avec disparition de l'élément glandulaire. Les tubes qui sont encore reconnaissables sont petits et tapissés par un petit épithélium cubique. Les bandes scléreuses suivent très-exactement les rangées de glomérules de Malpighi et ceux-ci présentent toutes les formes d'atrophie fibreuses, jusqu'à disparition complète d'un certain nombre d'entre eux qui ne sont plus représentés que par une petite masse de tissu fibreux. Dans l'intervalle des bandes scléreuses, le tissu du rein présente à peu près l'aspect de l'état normal avec quelques modifications cependant : les tubes sont en général dilatés et leur épithélium beaucoup moins volumineux qu'à l'état normal, mais il n'est nullement graisseux. Sur les coupes parallèles à la surface du rein, on remarque fréquemment la section de véritables granulations, constituées à leur centre par du tissu normal et à leur périphérie par du tissu scléreux. Dans la substance corticale, le contenu des tubuli est à peu près partout exclusivement épithélial. Il n'en est pas de même au niveau des pyramides ; sur des coupes transversales de la pyramide on trouve en effet les tubes collecteurs remplis presque tous par des cylindres colloïdes. Le tissu conjonctif qui environne ces tubes a augmenté de quantité dans une

proportion très-considérable; quant aux artères, elles ont généralement des parois très-épaisses, la lésion qui produit cet épaississement varie d'une artère à l'autre: tantôt on observe une endartérite manifeste; tantôt, au contraire, ce sont les tuniques moyenne et externe qui sont augmentées d'épaisseur. D'une façon générale, les grosses artères sont moins profondément atteintes que les artérioles. Sur des coupes traitées par le violet de méthylamine, on a pu s'assurer qu'il n'existait nullement de dégénération amyloïde.

Il n'y a qu'un seul bassin et qu'un seul uretère se rendant dans la vessie, ainsi que le justifie l'examen de la surface interne de ce réservoir. Sur cette surface, en effet, il n'existe que deux ouvertures, l'une répondant à l'orifice inférieur de l'uretère, l'autre à l'orifice postérieur du canal de l'urèthre. L'absence d'un des éléments du trigone vésical est en rapport avec l'absence du rein et de l'uretère du côté droit.

L'uretère gauche est très-dilaté dans toute son étendue. Au niveau de l'orifice inférieur de l'uretère, nous remarquons une ouverture dont le diamètre plus considérable tranche avec le simple pertuis de ce conduit et qui fait communiquer la vessie avec une cavité infundibuliforme, située sur le côté externe de l'uretère dans une étendue de cinq centimètres environ.

Il s'agit d'une hernie de la muqueuse vésicale à travers les fibres musculaires de la couche moyenne. Notons enfin que la vessie et l'uretère présentaient une enveloppe graisseuse considérable. — Les testicules existaient des deux côtés.

RÉFLEXIONS. — Cette observation nous paraît intéressante à plusieurs titres: au point de vue clinique, la manifestation des accidents urémiques coïncide avec la guérison de l'affection cutanée pour laquelle notre malade était entré à l'hôpital Saint-Louis. Il est probable que la disparition de cet exanthème a eu son retentissement sur la fonction rénale; cette rétrocession, dans le cas particulier, expliquerait à la fois les accidents graves et la mort rapide. Au point de vue anatomique, l'agénésie unilatérale est une anomalie, sinon très-rare, du moins peu commune.

33. Pachyméningite avec hématome de la dure-mère; par
CARAFI, interne provisoire.

Bargault, âgé de 82 ans, admis à l'hospice Dévillas en février 1872. Le malade avait des habitudes alcooliques invétérées. Au commencement de 1876, attaque d'apoplexie avec hémiplégie droite. Au début de l'attaque les crampes avaient une très-grande intensité. Pas de troubles trophiques du côté paralysé. L'hémiplégie est restée stationnaire.

Nouvelle attaque dans la matinée du 23 avril 1877. Apoplexie par des phénomènes d'excitation, le pouls très-faible, presque imperceptible. Refroidissement général. En présence d'un état aussi grave on se borne à l'emploi de révulsifs cutanés. Le lendemain, le malade succombe.

AUTOPSIE le 25, à 4 heures du soir. — *Cœur* hypertrophié sans aucune lésion valvulaire, ni dans les orifices. — *L'aorte* présente sur sa face interne, quelques petites plaques calcaires. — Les *poumons* sont sains. — Le *fote* est normal. *L'estomac* petit, à parois épaisses, présentant sur sa face interne de longs plis longitudinaux très-saillants, formés par la muqueuse. A l'ouverture du crâne, on remarque sur presque toute la surface convexe de l'hémisphère gauche du cerveau, une collection liquide. En incisant la dure-mère, il s'écoule 40 grammes de sang liquide, qui, par le repos, se divise en deux couches: une inférieure formée par les globules, rouge-foncée, et une supérieure jaune-rougeâtre.

Cet hématome siège sur la dure-mère entre deux néo-membranes, situées sur sa face interne; la plus externe est en contact avec la dure-mère, de laquelle on peut la séparer. Elle est plus épaisse que la dure-mère, d'une coloration brun-rougeâtre. La plus interne est placée sur l'arachnoïde et la pie-mère, avec lesquelles elle ne présente aucune adhérence. Cette néo-membrane est plus rouge, plus mince et plus fragile que la précédente. L'espace qu'elles circonscrivent occupe presque toute la face convexe de l'hémisphère gauche. Il ne présente que quelques petites cloisons rudimentaires en forme de brides.

Les dimensions de l'hématome sont les suivantes: l'antéro-postérieur est de 13 centimètres; la transversale de 6 centimètres, et l'épaisseur de la cavité est de 2 centimètres $1/2$ dans son centre. Au niveau du foyer d'hémorragie méningienne, les circonvolutions cérébrales sont comprimées et la face convexe de l'hémisphère offre une dépression en rapport avec la forme de l'hématome. La dure-mère qui recouvre la surface convexe de l'hémisphère droit, présente comme seul phénomène pathologique, quelques adhérences avec les méninges sous-jacentes le long de la face du cerveau. Les vaisseaux de l'heptagone de Willis, sont athéromateux.

Le cerveau, le cervelet et la protubérance étaient parfaitement sains. Quant au bulbe, outre sa consistance et son aspect physiologique, il offrait une symétrie complète, ce qui exclut l'idée de toute dégénérescence secondaire.

34. Hémiplegie droite; Aphasie persistante; foyer œdémateux siégeant dans la région de l'avant-mur et atteignant le faisceau pédiculo-frontal inférieur du côté gauche; par QULMONT, interne des hôpitaux.

Moug... Elisa, âgée de 67 ans, entre le 16 septembre 1874, salle Sainte-Rosalie (service de M. CHARCOT), à la Salpêtrière.

La malade est atteinte à l'époque de son entrée dans le service d'une hémiplegie complète du côté droit avec aphasie. L'aphasie, empêche d'obtenir des renseignements sur ses antécédents et sur le début de l'affection. En janvier 1876, on constate l'état suivant :

Hémiplegie complète du côté droit. — *Face*, hémiplegie légère. Déviation de la commissure des lèvres à peine appréciable; effacement très-léger du sillon naso-labial droit. Quand la malade se plaint, côté droit de la face un peu moins mobile que le côté gauche. — Pupilles égales et normales. Sensibilité intacte.

Aphasie complète. La malade paraît comprendre les questions qu'on lui fait, mais ne peut répondre que par ces syllabes, qui sont toujours les mêmes : teu, teu, teu. Parfois elle prononce le mot : oui. Si on lui dit de tirer la langue hors de sa bouche, elle l'ouvre largement mais la langue reste immobile sur le plancher buccal; sa face supérieure devient globuleuse, mais il n'y a pas le plus petit mouvement de projection. Elle suit avec attention ce qui se passe autour d'elle et paraît comprendre assez bien ce qu'on fait. Elle gémit et pleure facilement.

Membre supérieur droit. Aucun mouvement volontaire possible avec le bras droit. Avant-bras, en extension sur le bras; coude un peu rigide; si l'on veut lui imprimer des mouvements, la malade gémit comme si elle ressentait une vive douleur. Doigts fléchis dans la main, et recouvrant le pouce. Les phalanges sont fléchies sur le métacarpe; les phalanges et les phalangettes étendues sur les phalanges. Rigidité notable des doigts. Pas d'atrophie. Sensibilité normale dans tous ses modes.

Membres inférieurs. Les membres inférieurs sont tous deux en flexion permanente, la jambe sur la cuisse, et celle-ci sur le bassin. La malade est couchée en chien de fusil. Impossible de changer la position des jambes; on sent une très-grande rigidité articulaire, et la malade pousse des gémissements. — Sensibilité intacte. Rien dans les poumons. — Battements du cœur réguliers, un peu sourds, mais sans souffle.

Mars 1877. La paralysie est restée stationnaire; l'aphasie est toujours complète. De plus l'état général a beaucoup baissé depuis 3 ou 6 mois. La malade est tout-à-fait gâteuse. Nomp-

breuses phlyctènes remplies de sérosité sanguinolente, aux fesses, aux jambes, aux pieds, sur tous les points qui sont en contact avec les draps, laissant après elle des ulcérations. Edème des membres inférieurs considérable et remontant jusqu'à la ceinture. — Mort le 16 avril.

AUTOPSIE. Cerveau. Méninges saines, sans adhérences. Pas de lésion corticale à la surface des hémisphères, sauf une plaque jaune de la dimension d'un pois, qui siège dans le lobe postérieur de l'hémisphère gauche, sur le premier pli de passage, au-dessous de la scissure perpendiculaire. La troisième circonvolution frontale paraît entièrement saine, sauf dans une étendue de 2 à 3 mm. au niveau de la réunion de sa face inférieure avec la circonvolution de l'insula. Après séparation des hémisphères, ventricules latéraux dilatés et remplis de sérosité citrine. — *Hémisphère droit sain.*

Hémisphère gauche. Sur la paroi externe du ventricule latéral, et dans sa moitié antérieure, l'épendyme est flétri, et laisse voir par transparence une coloration jaune brunâtre. Sur une coupe verticale, parallèle à la scissure de Rolando, et passant précisément en avant de la circonvolution frontale ascendante, foyer jaune pâle, en partie celluleux, à direction verticale, ayant décollé complètement le corps strié de la circonvolution de l'insula. Presque linéaire dans son tiers antérieur, à savoir depuis le point correspondant à la circonvolution frontale ascendante jusqu'au cul-de-sac antérieur du ventricule latéral, ce foyer coupe entièrement le pied de la troisième circonvolution frontale, et s'étend un peu au-delà de la naissance de la deuxième circonvolution. — *Sclérose descendante du cordon latéral droit de la moelle.*

Poumons. Emphysème étendu des bords antérieurs et des lobes supérieurs. *Cœur :* épaississement du bord libre de la valvule mitrale. — Autres organes sains.

35. Atrophie d'un lobe cérébral et des marginales correspondantes chez un amputé (30 ans après l'opération). —

Etat du moignon. — Mort probable par sclérose rénale ;
par M.C. de Boyer, interne des hôpitaux.

Ch..., Jean, âgé de 79 ans, entre le 27 mars 1877, salle Saint-André, 10 (Bicêtre, service de M. Bouchard). Il était en démence sénile, refusait de manger, était dans un état d'agitation extrême. Il semblait un peu hémiplegique à droite (diminution de force dans la main droite), pas d'anesthésie, pas de paralysie faciale.

Cette homme est un ancien tonnelier, il buvait beaucoup et régulièrement, sans cependant avoir eu d'accidents d'alcoolis-

me aigu. On le soumet au bromure à haute dose (12 gr.), ce traitement amène une sédation complète. Pas d'œdème, pas de lésions oculaires, un peu d'albumine dans les urines qui sont claires et d'une densité faible.

Le malade tombe subitement dans le coma et meurt le 6 avril, depuis le 3 de ce mois il avait une double escharre fessière près du pli interfessier, ayant envahi la région sacrée. La température rectale comprise entre 37° et 37°,6 n'a jamais été au-dessous de la normale.

Ce malade avait été amputé du *bras gauche* en 1846 pour une morsure de cheval. Il ne lui restait plus qu'un tronçon conique comprenant à peine le 1/3 supérieur du bras, en pressant sur le bras on ne trouve pas de points douloureux : sensibilité conservée, pas de sensations anormales, le malade ne sent plus depuis longtemps la main qu'il a perdue.

AUTOPSIE. — *Ossification* des valvules du cœur, athérome généralisé du système artériel. Emphysème et congestion lobulaire disséminée, passant par places à la bronchopneumonie, vers les bases ; un kyste hydatique guéri, transformé en mastic sur la face convexe du foie ; le tissu du foie est dur, crie sous le scalpel, mais il n'est pas granulé, il n'y a du reste pas d'ascite : sclérose du corps thyroïde : sclérose des deux reins qui sont petits, granulés, irréguliers, lobés et présentent de nombreux kystes tant à la surface que dans la profondeur, la substance corticale est réduite à une couche bien mince, surtout sur le rein droit : rien au tube digestif, ni aux organes génitaux.

Cerveau. Le cerveau est asymétrique, tout le lobe droit est plus petit que le lobe gauche, il en est de même pour le cervelet, les pyramides paraissent semblables. Un peu de sérosité dans les ventricules. Quelques adhérences de la pie-mère à la substance corticale, adhérences de la pie-mère à la dure-mère épaissie, sondée au crâne, mais n'ayant donné lieu ni à des néomembranes ni à des hémorrhagies. Athérome des grosses artères de la base, dont le calibre est perméable. Les circonvolutions marginales sont atrophiées à droite, à leur origine près de la scissure interhémisphérique, la circonvolution A (frontale ascendante), est surtout très-grêle, peu élevée, ce qui fait que la hauteur du lobe paracentral est diminuée, le tout par comparaison avec l'autre côté. Vers le milieu de cette face externe du lobe gauche, les deux marginales ont leur largeur ordinaire, mais sont moins bombées. Il y a donc, croyons-nous, atrophie de la partie toute supérieure des deux marginales, surtout de l'antérieure. Pas d'anévrysmes milliaires, il y a pourtant un tout petit foyer ancien dans la 1^{re} portion du noyau extraventriculaire du corps strié à gauche, dans la ré-

gion antérieure, ce qui nous rend compte du faible degré de paralysie flasque que nous avons cru constater à droite pendant la vie.

La moelle un peu asymétrique, est un peu plus grosse à droite; le cordon antéro-latéral gauche paraît, à l'œil nu, normal. Les nerfs des plèvres brachiales sont grisâtres.

Dissection du moignon. Le grand pectoral par son faisceau claviculaire très-développé semblait suffire aux mouvements du bras, le deltoïde atrophié dans sa partie postérieure ne servait qu'à élever un peu le bras en avant, le biceps était, ainsi que le triceps, dégénéré et transformé en une masse lardacée. L'extrémité de l'humérus adhérait à la peau par un tissu induré, comprenant la terminaison en masse du médian et du radial, sous forme de masses pyriformes, de la grosseur d'une petite noisette, dures, et constituées par les éléments tubulaires du nerf dissocié et emprisonné dans une gangue conjonctive très-épaisse, très-ancienne, se colorant mal par le carmin, comme nous l'a montré l'examen histologique.

M. LANDOUZY, à propos de la présentation de M. de Boyer, communique un cas de malformation considérable du membre inférieur droit dans lequel l'examen de l'encéphale a été fait en détail. Il s'agit d'un cordonnier de 45 ans, mort récemment, d'une affection cardiaque à la clinique de M. Hardy et dont il a fait l'autopsie avec son collègue J. Renaut.

Cet homme avait une malformation considérable du membre inférieur droit moins gros et moins long que le membre inférieur gauche. Le raccourcissement résultait, et d'une demi-flexion avec rétraction de la jambe sur la cuisse, et d'un arrêt de développement. Le pied formait un varus équin.

Longueur : cuisse droite.....	0 m. 029
— cuisse gauche.....	0 047
Circonférence : <i>cuisse droite</i> :	
— partie supérieure..	0 056
— moyenne...	0 044
— inférieure..	0 035
Circonférence : <i>cuisse gauche</i> :	
— partie supérieure..	0 060
— moyenne...	0 545
— inférieure..	0 465
Longueur : jambe droite.....	0 025
— jambe gauche.....	0 030

Circonférence : <i>jambe droite</i> :			
	partie supérieure..	0	036
—	moyenne..	0	031
—	inférieure...	0	024
Circonférence : <i>jambe gauche</i> :			
—	partie supérieure..	0	039
—	moyenne...	0	040
—	inférieure..	0 m.	027

La différence de longueur entre le membre inférieur droit et le membre inférieur gauche était donc 0 m. 23. La marche s'effectuait avec une béquille.

La malformation datait de la première enfance, elle était consécutive à un traumatisme qui avait frappé le malade à l'âge de un an et demi : il avait été renversé par une lourde voiture qui lui avait passé sur la main droite et sur le membre inférieur droit.

Le membre supérieur droit avait un développement normal : les masses musculaires étaient bien développées : le traumatisme qui avait porté sur la main n'avait laissé complètement intacts que l'index et le pouce ; en dépit de cet accident le malade avait conservé la presque totalité des usages de la main : les mouvements et la force de préhension étaient tels que le malade avait pu, dès l'âge de 15 ans, exercer la profession de cordonnier avec autant d'habileté que la plupart des autres ouvriers.

Voici ce qu'a révélé l'autopsie : les sillons de Rolando (examinés en place, au moyen d'une fenêtre pratiquée dans la dure-mère) ne correspondant pas exactement : la racine du sillon de Rolando gauche est à 0 m. 40 en arrière du sillon de Rolando droit.

L'hémisphère gauche paraît un peu moins volumineux que le droit (le malade était droitier) : l'hémisphère gauche à 0 m. 01 de moins que le droit dans ses diamètres antéro-postérieur et vertical.

La circonvolution pariétale ascendante gauche apparaît plus effilée et plus droite que la circonvolution pariétale de l'hémisphère droit.

L'hémisphère gauche pèse 535 gr.
— droit pèse 554 gr.

Asymétrie de la protubérance dont la moitié gauche est un peu moins bombée et moins volumineuse.

Asymétrie évidente du bulbe : la diminution de volume porte et sur l'olive qui se dessine à peine et sur le faisceau

sous-olivaire moins épaté que du côté droit. En somme, toute la partie gauche du bulbe est moins large que la droite et on peut dire qu'on devine plutôt qu'on ne voit nettement la places et la forme de l'olive.

Le bulbe et la moelle sont mis à durcir.

En somme, chez un homme ayant subi, il y a plus de quarante ans, un traumatisme qui a laissé après lui une malformation avec raccourcissement considérable du membre inférieur droit, nous avons trouvé, avec un moindre volume de l'hémisphère gauche, une asymétrie protubérantielle et bulbairre. Cette autopsie mérite, croyons-nous, d'être rapportée en tant que fait, car il serait imprudent de chercher à tirer d'une observation des conclusions générales: cependant, on serait peut-être autorisé à voir dans la malformation du membre droit et dans l'asymétrie de l'hémisphère gauche un rapport de cause à effet.

36. Contusion du cœur; par M. TERRILLON.

M. TERRILLON présente une pièce anatomique, probablement unique; les recherches qu'il a pu faire ne lui ayant pas présenté de cas analogue. Il s'agit d'une contusion de la paroi du cœur gauche au voisinage de la pointe avec rupture des colonnes charnues du sommet du ventricule, concrétions fibrineuses à ce niveau et ecchymoses multiples sur l'endocarde.

Le sujet de cette observation était un homme de 45 ans environ, forgeron, qui l'avant-veille, à 5 heures du matin, s'était tiré du côté gauche de la poitrine vers la région du cœur, un coup d'une arme à feu chargée de projectiles divers. Le matin même à 9 heures à l'hôpital de la rue de Sèvres (hôpital temporaire) M. Terrillon le trouve dans son service. Une plaie large, à bords noirs et carbonisés existait au niveau de l'union de la septième côte, avec son cartilage. Issue d'une grande quantité de sang par cette plaie. Anxiété extrême du malade. Aucun signe qui pût indiquer une lésion du cœur.

Il meurt le soir à 6 heures, onze heures après la blessure.

A l'autopsie on trouve une déchirure du diaphragme avec hernie presque totale de l'estomac dans la cavité pleurale gauche. Contusion de la paroi de l'estomac sans perforation. Perforation du poumon gauche à sa base avec infiltration de sang dans tout le lobe inférieur. Le projectile s'était implanté dans la colonne vertébrale.

Le *péricarde* intact, contenait un peu de sérosité rougeâtre. La pointe du cœur gauche présentait une ecchymose étendue, en avant, sans déchirure du péricarde viscéral, mais avec deux petits foyers sanguins. Dans le ventricule correspon-

dant, deux ecchymoses ovales sous l'endocarde près des vaisseaux auriculo-ventriculaires.

A la pointe on trouve un gros caillot fibrineux grisâtre, flottant en partie dans la cavité et adhérent aux colonnes de la pointe déchirées en plusieurs points, ces déchirures avaient été la cause de ce dépôt de fibrine. La paroi du cœur vers la pointe est infiltrée de sang extravasé.

37. Epithélioma de l'œsophage. — Communication avec une bronche, violents accès de toux à la suite d'ingestion de liquide; mort rapide; par Ch. LEROUX, interne des hôpitaux.

S... Nicolas, âgé de 67 ans, exerçant la profession de chiffonnier, entre le 8 décembre 1876 dans le service de M. Dumontpallier à la Pitié. Cet homme a toujours été bien portant; jamais il n'a souffert de rhumatisme, jamais il n'a présenté aucun symptôme de syphilis. Il y a trois ans, sans cause connue, il commence à maigrir et à éprouver de violentes douleurs thoraciques, siégeant à peu près vers la base de l'appendice xyphoïde et s'exaspérant au moment de l'ingestion des aliments. Après des alternatives de bien et de mal, il arrive jusqu'au mois de septembre 1876, époque à laquelle son état s'aggrave d'une manière manifeste. Il perd peu à peu l'appétit, l'ingestion des aliments devient beaucoup plus douloureuse, et les aliments solides passent avec peine. Il est réduit à se nourrir de bouillons et de potages, aussi maigrit-il rapidement. Enfin, son état est tel au mois de décembre qu'il se décide à entrer à l'hôpital.

Etat actuel. Le malade offre une maigreur considérable; il ne présente pas toutefois de teinte jaunâtre particulière. L'ingestion des aliments soit solides soit liquides est complètement impossible; ils sont rejetés au dehors quelques minutes à peine après leur ingestion. S... accuse également de violentes douleurs thoraciques siégeant tantôt à l'épigastre, tantôt dans la région intercostale droite, tantôt enfin dans la région dorsale. De temps en temps il crache d'abondantes mucosités. Jamais de véritables vomissements. L'examen de la poitrine ne fournit aucun renseignement. Nulle part il n'y a d'œdème.

On diagnostique un rétrécissement cancéreux de l'œsophage, et le cathétérisme n'ayant pas été fait, on ne peut en préciser exactement le siège.

Deux ou trois jours après son entrée, le lait qui ne pouvait point passer pénétre jusque dans l'estomac. Il semble qu'un obstacle ait en partie subitement disparu; toujours est-il que, usqu'à la fin, il put ingérer du lait. Il continue néanmoins à

maigrir et à souffrir horriblement. Son état cachectique s'accroît peu à peu et vers la fin du mois de mars, il présente une phlegmasie alba dolens du membre inférieur droit. Depuis longtemps il était atteint de catarrhe chronique des bronches. Il se maintient ainsi jusqu'au 20 avril, époque à laquelle il fut pris d'une singulière complication.

Depuis la veille au soir, dit-il, rien ne peut plus passer ; à peine une goutte de lait est-elle ingérée qu'il est pris d'un violent accès de toux. Effectivement lorsqu'on lui fait boire une gorgée de lait, il survient immédiatement une toux quinteuse, violente, qui chasse au-dehors le lait ingéré, mêlé à une plus ou moins grande quantité de crachats muco-purulents verdâtres. L'auscultation, pratiquée à ce moment, ne fait entendre que le gargouillement produit par la toux et le rejet du liquide. Il y a évidemment là une communication anormale entre l'œsophage et l'appareil respiratoire, et le passage du lait dans une bronche détermine une toux réflexe. Il est bientôt pris de fièvre et deux jours après il succombe.

AUTOPSIE. — Les poumons sont un peu emphysémateux ; les bronches injectées et enduites d'un mucus épais. À la base du poumon gauche, quelques noyaux grisâtres et durs, du volume d'une lentille, de nature indéterminée à l'œil nu. L'estomac légèrement dilaté, n'offre aucune lésion ni au pylore ni au cardia. Rien du côté des autres viscères, foie, reins, rate, cœur, si ce n'est un peu de dégénérescence graisseuse ; mais c'est du côté de l'œsophage et des bronches que se trouvent les lésions les plus intéressantes. En suivant l'œsophage et la trachée, on voit que ces deux organes adhèrent l'un à l'autre au niveau de la bifurcation de la trachée. À ce niveau, l'œsophage formant une tumeur fusiforme de 10 centimètres environ, dont la partie moyenne répond un peu au-dessous de la bifurcation de la trachée, adhère par sa face externe aux ganglions péribronchiques, à l'origine des deux bronches, à la face inférieure de la courbure de l'aorte, et latéralement se prolonge à gauche jusqu'au hile du poumon gauche. Légère adhérence aux plèvres médiastines, surtout à gauche, ainsi qu'à la face postérieure du péricarde. Pas d'épanchement dans ces cavités séreuses. Le cathétérisme de l'œsophage peut être fait assez facilement avec une sonde ordinaire ; il y a rétrécissement très-marqué sans oblitération complète.

L'œsophage étant ouvert, on voit une ulcération fongueuse, irrégulière, grisâtre, humide, molle, le raclage détache facilement de petits fragments de la tumeur et fait sourdre un suc grisâtre opaque. Ça et là quelques points ecchymotiques. Cette ulcération commence à 4 centimètres du cardia, et remonte dans une étendue de 10 à 11 centimètres, se terminant

en haut et en bas par un bord saillant, irrégulier sur la muqueuse.

La partie moyenne dilatée se prolonge sur la bronche gauche et à la face antérieure de ce prolongement on remarque une ulcération de 5 à 6 millimètres carrés dédoublée, qui fait communiquer la cavité ulcérée de l'œsophage avec la bronche gauche. La communication a lieu à 4 centimètres de l'origine de cette bronche; pas de dilatation de l'œsophage. La trachée est rouge, injectée, enduite de mucus muco-purulent, ainsi que le larynx. Au niveau de la bifurcation la muqueuse est fortement altérée, ramollie verdâtre. Il y a un catarrhe purulent.

Sur la face postérieure de la bronche gauche, on retrouve l'ouverture sur les bords de laquelle le tissu cancéreux fait hernie. La muqueuse est ramollie, verdâtre, sans ulcération manifeste et répand une odeur infecte. Ces altérations se prolongent jusque dans les ramifications de 2^e et de 3^e ordre. À droite, lésions muqueuses moins avancées.

L'aorte adhère par la face inférieure de sa courbure à la tumeur. — À la coupe on voit qu'elle présente en un point un épaississement notable, une plaque légèrement verdâtre, à peine saillante dans sa cavité et une légère érosion de la tunique interne qui offre dans une assez grande étendue une coloration rosée.

Les ganglions bronchiques englobés dans la tumeur sont mous, sans dégénérescence appréciable à l'œil nu. — On ne trouve pas d'embolie dans les ramifications bronchiques gauches. Caillots dans la veine saphène et la partie supérieure de la veine fémorale gauche.

Le seul point intéressant de cette observation est la communication anormale entre la bronche et l'œsophage, communication que, produisait lors de l'ingestion de la plus petite quantité de liquide de violents accès de toux et qui, empêchant toute nutrition, fut bientôt suivie de la mort du malade.

L'examen histologique démontre qu'il s'agit d'un épithélioma pavimenteux lobulé de l'œsophage, caractérisé par l'infiltration du derme muqueux par des globes épidermiques, et par une prolifération épithéliale considérable. Des cellules de tissu embryonnaire infiltrèrent les parties les plus superficielles de la couche musculaire; les glandes au niveau de l'ulcération se distinguent à peine des masses épithéliales. Dans la zone qui siège sur les limites de l'ulcération, les glandes sont le siège d'une prolifération très-active; un peu plus loin, elles sont normales; cette zone est également infiltrée d'éléments de nouvelle formation, mais en nombre très-peu considérable.

38. Eclampsie puerpérale. — Hémorrhagies viscérales (cerveau, foie); par R. CHENET et QUENU, internes des hôpitaux.

Escalonne Henriette, corsetière, 33 ans, primipare, entrée à la salle Sainte-Anne, le 25 avril. Dernières règles à la fin de juillet, aucun accident pendant la grossesse.

Dans la nuit du 24 au 25, perte des eaux; le lendemain, la femme entre à l'hôpital. M... est petite, rachitique, ses jambes sont incurvées, la colonne vertébrale a subi une déviation latérale. Renseignements incomplets sur son enfance. Le ventre est très-proéminent, ce qui tient au non-engagement de la tête, et à la saillie du promontoire. Le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur, compte 8 centimètres $1/2$. Les battements du cœur fœtal s'entendent très-bien au-dessous de l'ombilic et près de la ligne médiane (144). Le palper et le toucher font reconnaître une O. I. G. A. Le travail n'est du reste pas commencé, il y a encore du col. Un peu de liquide teinté en vert par le méconium, continue à s'écouler dans la journée. 26, matin; même état. — Nuit bonne.

26, soir, à 8 heures; douleurs abdominales et première attaque d'éclampsie. Le col commence à se dilater. Deuxième attaque un quart-d'heure après. Ces attaques se composent de convulsions toxiques auxquelles succèdent des convulsions cloniques. Écoulement de salive sanguinolente. — Par le cathétérisme, on retire un peu d'urine fortement chargée d'albumine. — Traitement: chloral, dix grammes à prendre d'heure en heure par cuillerées à bouche.

A 9 heures $1/2$, l'orifice du col a le diamètre de 5 centimètres. La malade reprend toujours connaissance entre les attaques. Devant l'état d'anémie où se trouve cette petite femme chétive, on hésite à pratiquer une saignée.

A une heure du matin, la dilatation est encore insuffisante pour qu'on puisse tenter une application des forceps. La période comateuse prédomine, néanmoins, la malade a encore quelques instants de lucidité entre chaque accès, pas de paralysie. A cinq heures du matin, *mort subite. Opération césarienne* dix minutes après la mort. Un flot de sang s'échappe du péritoine avant l'incision de l'utérus, ce qui fait croire à une rupture de cet organe. — *Enfant mort.*

AUTOPSIE le même jour à 10 heures du matin. — On examine minutieusement les organes pelviens en les laissant en place, et on s'assure que ni les faces du corps de l'utérus, ni le fond, ne présentent de solution de continuité; du sang remplit en partie le cul-de-sac rétro-utérin, l'utérus est encore examiné, une fois enlevé avec ses annexes, il ne présente

aucune trace de déchirure. Mais après avoir enlevé le sternum on aperçoit la surface du foie comme tuméfiée et d'un rouge vif. Sur la face convexe du foie, la capsule de Glisson est décollée du parenchyme hépatique et soulevée par un épanchement sanguin. Du sang à moitié liquide s'écoule par une déchirure située à la partie antérieure, et c'est de là évidemment que provient le sang trouvé dans le petit bassin. L'hématôme sous-capsulaire du foie occupe une grande partie de la face convexe; sur les autres points et notamment à la face inférieure du foie, le sang ne forme plus de foyers véritables, mais plutôt une sorte d'infiltration émaillant la surface de l'organe de plaques ecchymosiques irrégulières. En certains points de la face convexe, près du bord supérieur du foie, le sang a déchiré l'enveloppe cellulo-fibreuse. Sur une coupe, le tissu hépatique paraît congestionné, il présente par places de petites ecchymoses. — Rate saine.

Les reins offrent à la coupe une coloration jaunâtre semblant indiquer une dégénérescence graisseuse. Les *poumons* sont affaissés, décolorés, anémiés. *Cœur* petit, filament s'étendant du péricarde viscéral au péricarde pariétal. Utérus sain. Le placenta présente deux petits foyers hémorragiques de la grosseur d'un pois, trois cotylédons ont subi partiellement une dégénérescence fibro-graisseuse.

Le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur mesure 8 centimètres $1/2$; le transversal 13 centimètres; les *méninges* ne sont pas injectées; les artères de la base de l'encéphale sont normales.

Cerveau. Foyer hémorragique occupant le lobe occipital droit, ou plus exactement, les deuxième et troisième circonvolutions occipitales droites: en arrière, tout-à-fait à la pointe du lobe, le foyer arrive superficiellement presque sous la pie-mère; cette enveloppe a même été déchirée, et le sang a fait irruption dans une des anfractuosités qui séparent les circonvolutions. Ce petit foyer est allongé transversalement, ne mesure que deux centimètres et demi environ d'épaisseur, aucune communication avec le prolongement occipital du ventricule latéral. La substance blanche voisine présente une sorte de ramollissement par imbibition à la surface connexe des deux hémisphères, et notamment de l'hémisphère droit, il existe une foule de petits foyers punctiformes, dont les uns sont visibles à la surface et dont les autres ne se voient que sur une coupe dans l'épaisseur de la couche corticale du cerveau, chacun d'eux semble lui-même formé par la réunion de petits points hémorragiques. Pas de piqueté dans la substance blanche du cerveau. Rien dans les masses ganglionnaires. Cervelet et bulbe sains.

39. Cas d'évolution spontanée, chez une primipare à terme ;
par QUENU, interne des hôpitaux.

B..., Eugénie, âgée de 20 ans, a eu ses dernières règles du 14 au 18 juillet. Cette femme est enceinte pour la première fois ; aucun accident pendant la grossesse. Venue à Paris, le 25 avril, elle sentit les eaux s'écouler à 7 heures du soir et se décida, sur les conseils des personnes qui l'entouraient, à ne pas s'en retourner chez elle. A 2 heures du matin, les douleurs la prennent, et 3 heures plus tard elle entre chez une sage-femme qui reconnaît une présentation de l'épaule droite et tente inutilement la version, dès que la dilatation est complète. La contracture du col aurait été cause de son insuccès ?

Au moment où la patiente est amenée à l'hôpital, c'est-à-dire, le 26, à 11 heures du matin, le moignon de l'épaule est engagé sous la symphyse pubienne ; le membre supérieur droit pend en dehors de la vulve, et l'on aperçoit même une grande partie du côté droit du thorax. Une anse de cordon en prolapsus est privée de battements.

Par le palper on sent la tête au-dessous du pubis. Le toucher ne permet pas de l'atteindre, on arrive seulement jusque sur le cou. L'utérus se contracte vigoureusement et souvent et la femme pousse instinctivement, malgré nos remontrances.

En présence de cet engagement prononcé de l'épaule, on n'essale même pas la version ; du reste, une pression sur le moignon ne réussit pas à faire remonter de quoi que ce soit la présentation.

Nous souvenant de nos classiques, qui qualifient l'évolution spontanée de : « fait exceptionnel, sur lequel il ne faut jamais compter » nous quittons la femme pour préparer les instruments nécessaires à l'embryotomie ; moins d'une demi-heure après, on vint nous avertir que l'accouchement venait de se faire, tout seul et par le siège ; pas de déchirure périnéale. En somme, quand nous avons été appelés auprès de la femme, le troisième temps, la rotation, était accompli, et le mot, *commencement d'évolution spontanée*, avait été même prononcé. Nous n'avons malheureusement pas assisté au quatrième temps, au dégagement du tronc, et le mode de terminaison a été, comme souvent, et selon l'expression de M. Depaul, une surprise.

Le travail, à dater des premières douleurs, a duré, en tout, moins de 8 heures. L'enfant pesait 3,480 grammes. L'autopsie a été faite avec soin et n'a révélé que les lésions de l'asphyxie. Epanchement du sang sous le périoste des os du crâne. Epanchement en lame, de sang, entre la dure-mère et les os du

crâne. Sinus de la dure-mère, gorgés de sang noir, toute la substance cérébrale présente du piqueté. Congestion du foie et des reins; le cou est très-allongé, les articulations cervicales et celles de l'épaule sont saines.

Ecchymose du scrotum; le parenchyme testiculaire est tellement gorgé de sang, qu'il paraît noir sur une coupe. Pas d'ecchymose du cuir chevelu; pas de bosse sanguine. Ecchymose axillaire; tout le tissu cellulaire qui remplit le creux de l'aisselle est infiltré de sang; petite collection sanguine dans la loge du muscle sous-scapulaire.

La mensuration nous a donné pour les principaux diamètres de la tête.

13 c.	pour l'occipito-mentonnier,
11	— l'occipito-frontal,
8 c 1/2	— le sous occipito-bregmatique,
9 c	— bi-pariétal,
12 c 1/2	— le diamètre bi-sacromial.

Cet accouchement n'a été suivi d'aucun accident pour la mère; l'utérus est resté gros pendant trois jours, le troisième jour il a diminué rapidement. Actuellement, 8 mai, le douzième jour, le fond de l'utérus est à deux travers de doigts au-dessus des pubis; la femme est sur le point de quitter l'hôpital.

Eugénie B..., est une femme de la campagne, assez grande, vigoureuse. Nous avons mesuré, avec le pelvimètre Baudeloque, les principaux diamètres de son bassin. Ce qui nous a donné :

D'une épine iliaque antérieure et supérieure à celle du côté opposé,	23 c, 7
Du milieu de la crête iliaque au milieu de la crête du côté opposé,	26
Du milieu de la crête iliaque à la tubérosité de l'ischion,	19, 5
De la partie antérieure et supérieure de la symphyse pubienne au sommet de la première apophyse épineuse du sacrum,	19, 6
De l'épine iliaque, antérieure et supérieure, d'un côté, à l'épine iliaque postérieure et supérieure du côté opposé,	22, 4
De l'apophyse épineuse de la dernière lombaire à l'épine iliaque antérieure et supérieure,	12,

Ajoutons qu'on ne peut atteindre l'angle sacro-vertébral par le toucher vaginal, les moyennes fournies par les auteurs pour ces différents diamètres sont en conservant l'ordre: 24 c, 27, 19, 19, 21, 17, 5.

En les comparant, nous trouvons pour le principal diamètre, e diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur une légère différence de 0 c, 5 en faveur de notre accouchée.

En résumé, nous avons là un exemple d'évolution spontanée, chez une femme ayant un bassin de dimensions ordinaires et un enfant volumineux. En revanche, deux conditions favorisaient l'engagement : la mort de l'enfant, l'énergie des contractions utérines.

40. Hydrocéphalie congénitale. — Mélancolie. — Impulsion au suicide. — Phthisie rapide ; par M. RIVET, interne des hôpitaux.

Une malade, âgée de 24 ans, entre à la Salpêtrière dans le service de M. MOREAU (de Tours), avec du tremblement, des idées de suicide qu'elle manifeste souvent. La santé physique est bonne d'ailleurs. D'un caractère désagréable, facilement excitable, elle ne dort pas la nuit, trouble le repos de ses voisines. Elle menace toujours de se tuer, fait même une tentative dans la cour en se frappant la tête contre le mur.

Longtemps son état mental demeure le même ; elle refuse absolument de travailler, passe toutes ses journées inoccupées les bras croisés, refusant parfois de répondre aux questions qui lui sont adressées ; et quand elle le fait affectant un ton de mauvaise humeur non motivée.

A son entrée dans le service, nous remarquons que la malade tient volontiers la tête inclinée en avant et semble fatiguée par son poids. Pas de céphalalgie, jamais de phénomènes convulsifs, ni paralytiques. La tête offre un volume plus considérable qu'à l'état normal ; élargie vers les régions pariétales, plus bombée dans la région occipitale. L'ossification de la boîte osseuse est complète, les sutures bien formées.

Cette jeune femme qui compte des antécédents tuberculeux dans sa famille commence au mois de mars une phthisie rapide qui l'emporte au bout de sept semaines.

AUTOPSIE. — Les deux poumons sont infiltrés de tubercules qui se trouvent en plus grande quantité à droite. Le crâne dépouillé de ses parties molles frappe davantage par son volume plus grand et son élargissement bilatéral. Les parois sont manifestement amincies ; le marteau enfonce très-facilement. La mesuration de la boîte crânienne donne les résultats suivants :

Diamètre antéro-postérieur 19 centim. $\frac{1}{2}$ au lieu de 16 centim. $\frac{1}{2}$ à l'état normal.

Diamètre transversal. 16 centim. $\frac{1}{3}$ au lieu de 13.

Et 57 centim. pour la circonférence.

La calotte crânienne est retenue à la dure-mère par des adhérences résistantes. La dure-mère sensiblement amincie

est presque transparente ; le toucher donne la sensation d'une masse fluctuante. Les membranes enlevées, le cerveau s'aplatit transversalement donnant la même sensation au toucher qu'à travers la dure-mère, c'est-à-dire avec tous les caractères d'une poche visqueuse plutôt qu'avec ceux d'un cerveau. Il s'écoule à la surface du liquide séreux provenant d'œdème superficiel.

La paroi inférieure du ventricule moyen est réduite à une membrane excessivement mince et transparente. Elle semble devoir se rompre sous le poids du liquide qui fait saillie en refoulant le chiasma des nerfs optiques.

Après une coupe transversale des deux hémisphères, nous trouvons les deux ventricules latéraux très-dilatés, occupant presque toute la masse cérébrale. Ils ont perdu leur forme normale irrégulière, pour prendre celle d'un ovale double ; les parois amincies au point de n'offrir que 1 cent. d'épaisseur, sont constituées par les circonvolutions, lesquelles présentent vers les régions supérieures un peu de ce dépliement indiqué pour la première fois par Gall. La quantité de liquide renfermé dans les ventricules est évaluée à un litre.

En résumé, dans notre observation, un fait mérite d'attirer l'attention c'est que avec une aussi grande quantité de liquide intraventriculaire, il ne se soit jamais manifesté de phénomènes paralytiques, ni convulsifs, mais seulement un état mental, caractérisé par une dépression morale profonde, allant jusqu'à donner à la malade des idées de suicide.

Les secrétaires,

R. MOUTARD-MARTIN ET PITRES.

MAI

Séance du 4 mai 1877.

PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

1. Néphrite interstitielle, Urémie ; par A. SIREDNY et E. DECAUDIN.

Le nommé *Meye Antonin*, âgé de 25 ans, chapelier, entre le 7 février 1877, salle Saint-Augustin, n° 10, service du Dr BROUARDEL. Rien du côté de la famille. — A toujours été faible et d'une constitution chétive. Plusieurs maladies graves dans son enfance. Convulsions et paralysie spinale infantile dont il a gardé au membre inférieur droit un pied-bot valgus avec atrophie des muscles du mollet. Il a eu, de plus, une scarlatine et une fièvre typhoïde à des époques qu'il ne peut préciser. — A l'âge de 12 ans, travaillant dans une imprimerie, il eut une seule attaque de colique de plomb. Depuis l'âge de 18 ans, il est ouvrier chapelier, mais n'a jamais eu à manier aucune substance métallique ; il travaillait toujours au milieu d'une atmosphère chaude. — Aucune trace d'alcoolisme ou de syphilis.

Décembre 1876. — Entre à l'hôpital Saint-Antoine avec une bronchite accompagnée d'accidents faisant penser à l'existence d'une intoxication, dont on ne peut, d'ailleurs, préciser la nature. — On pensa toutefois à un début de tuberculose, car il cracha un peu de sang. — Amélioré, il quitte l'hôpital au bout de quinze jours.

7 février 1877. — Rentre à l'hôpital pour les mêmes accidents : bronchite avec accès d'oppression qui l'empêchent de continuer son travail ; garçon faible, délicat, de teinte pâle, ayant le facies intelligent, l'œil vif, cependant portant les traces d'une souffrance intime dont rien physiquement ne

donne l'explication. — On croit toujours, à cause de signes négatifs du poumon qu'on est en présence ou d'une phthisie latente au début ou mieux d'une affection pulmonaire telle que : pneumonie interstitielle d'origine professionnelle (pousière des ateliers de chapellerie) ne se révélant encore par aucun signe perceptible à l'auscultation. — Il dort difficilement, mange mal, s'anémie progressivement, a des nausées continues et rend des crachats filants striés de sang. — Quoi qu'il en soit, il peut se lever, aller au jardin, n'a pas d'œdème des membres. Rien, dans les urines, globules blancs $\frac{1}{1.000}$ et globules rouges, 3 millions par millimètre cube.

Il reste dans cet état de malaise inexplicable pendant trois ou quatre semaines, sans que rien se montre de nouveau; dyspepsie, nausées, insomnie, anémie progressive, toux suivie d'expectoration visqueuse claire, parfois striée de sang. La faiblesse va en croissant, sans qu'il soit possible de fixer un diagnostic précis.

Mars 1877. — Au commencement du mois de mars, les symptômes augmentent d'intensité. Céphalalgie quelquefois très-vive, les nausées s'accompagnent parfois de vomissements alimentaires striés de sang, la dyspnée est de plus en plus prononcée, on dirait d'un asthmatique sans symptômes appréciables par l'examen physique.

4 mars. — Vomissement le matin; on constate une petite ecchymosé à la conjonctive gauche, un peu au-dessous du limbe cornéal.

9 mars. — On trouve un peu de matité avec diminution du murmure vésiculaire aux deux bases, surtout à gauche en arrière. — Le foie est gros, très-douloureux à la pression, son bord inférieur déborde les fausses côtes, la matité à la région hépatique mesure $\frac{1}{4}$ centimètres. — La rate a ses limites normales, on note un léger souffle au cœur, attribuable à l'anémie.

Vomissements et quelques crachats sanglants. C'est à cette époque que le malade prend une position dans son lit, qu'il affectera jusqu'à la fin. En effet, à ce moment, la dyspnée s'accroît, bien que l'auscultation ne révèle aucun changement dans l'état de ses poumons; les vomissements se répètent continuellement tous les jours et presque à chaque instant. Sa faiblesse devient extrême, l'anémie et la maigreur s'accroissent chaque jour. Aussi ne peut-il plus quitter son lit; où semblable à un asystolique, il reste sur son séant, son crachoir ou une cuvette entre les jambes, la tête reposant dans la paume de ses mains, et dans cette situation, il rejette toutes les potions vineuses, d'émétique, de bicarbonate de soude, etc., qui lui sont données. La glace et la potion de Rivière ne pro-

duisent aucun soulagement, il rejette tout et quand les vomissements ont cessé, il se redresse et semble très-oppresé. 40 respirations à la minute. Le pouls est petit et fréquent, 420 pulsations. Le foie mesure 20 à 22 centimètres; le cœur est un peu volumineux à la percussion. Enfin, la température ne dépasse pas la moyenne normale. Si l'on ajoute à ce tableau que sa vue est troublée, qu'il ne voit plus les arbres du jardin placés derrière la fenêtre faisant face à son lit, que son regard ne peut rien fixer, qu'il est comme perdu dans la vague, et qu'enfin la grande lumière lui fait mal, on ne pourra plus concevoir de doute à l'endroit du diagnostic urémie qui fut porté. — Toutefois, en l'absence d'albumine et à cause du volume du foie, on fit des réserves et l'on pensa que le foie était sans doute l'organe le plus atteint.

16. Un peu d'œdème survient à la face dorsale des pieds et des malléoles. Insomnie continuelle, vomissements persistants. Pupilles peu contractées. Le malade se plaint lui-même de la gêne de ses pieds œdématiés. Les troubles de la vision s'accroissent, le malade demande que l'on ferme les volets de la fenêtre qui est en face; il ne peut distinguer de gros caractères à une distance de 15 centim. Enfin il se plaint lui-même du désordre intellectuel qui l'agite à certains moments; il a du délire et de l'agitation durant la nuit.

20. Glace et jaborandi, 4 grammes sont prescrits. Le jaborandi n'a pas exagéré les vomissements comme on pouvait le craindre; les sueurs sont très-abondantes, une diarrhée survient qui produit un effet salutaire en diminuant les maux de tête et les vomissements; la vision est plus nette. Le foie ne mesure plus que 16 centimètres. La pointe du cœur bat sous la 6^e côte.

30. L'analyse des vomissements donne 0,089 milligrammes d'urée par litre.

31. Les vomissements ont reparu. Dyspnée excessive. Foie plus douloureux mesurant 20 centimètres. Rien de nouveau à la poitrine.

On ne trouve pas d'albumine dans les urines, sinon un léger nuage, dû au jaborandi sans doute, et que l'alcool fait disparaître. On supprime le jaborandi et 6 ventouses scarifiées sont appliquées à la région du foie. Le sang des ventouses donne 1 gr. 07 d'urée par litre.

Avril du 2 au 7. Etat stationnaire pendant quelques jours, l'œdème augmente lentement, la dyspnée est très-intense, hoquets, vomissements.

6. Ventouses scarifiées au côté gauche, le sang analysé donne 1,50 d'urée par litre.

10. Les vomissements sont très-abondants, l'œdème a beaucoup augmenté et le malade se plaint de douleurs très-vives

dans les jambes; agité il demande qu'on le change de place, qu'on l'asseoit, puis qu'on le couche.

13. Nuage d'albumine très-peu appréciable.

14. L'examen ophtalmoscopique est difficilement pratiqué; aussi ne pouvons-nous rien affirmer. Tandis que l'un a vu des plaques laiteuses, l'autre constate une choroïdite avec suffusion péripapillaire. Le malade se plaint aussi de voir des mouches volantes.

16. Délire dans la nuit, mais plus de vomissements, dyspnée diminuée; le malade se trouve mieux tandis que l'œdème des jambes envahit les cuisses et le bas du tronc.

Les matières fécales contiennent 0,176 milligr. d'urée par kilog. L'albumine ne se retrouve plus.

18. Râles fins à la base des deux poumons, en arrière respiration moins nette à droite qu'à gauche. Pouls irrégulier, faible, filant. On ne peut prendre le tracé au sphgmographe; il y a en effet des pulsations qui avortent. Foie 12 à 14 centimètres.

22. L'agitation a diminué; plus de vomissements; moins de douleur, somnolence, foie 10 centimètres.

25. Somnolence plus prononcée, formant contraste avec l'agitation des jours précédents. Erythème des fesses. — Constipation que lève un lavement purgatif.

27. Le malade se trouve mieux, coma un peu moins prononcé mais l'agitation reparait dans la nuit. La dyspnée présente toujours les mêmes caractères; l'auscultation des poumons est rendue difficile à cause des efforts qu'il faut faire pour remuer le malade qui, dans son trouble et au milieu de la plus vive agitation, demande à quitter les salles. — Il parle en effet de sa mère qu'il appelle à grands cris, de son frère, nomme ses parents, ses voisins de lit, réclame l'infirmier à grands cris et quand celui-ci est auprès de lui, il ne veut plus convenir qu'il l'a appelé ou bien lui demande ce qu'il vient faire. Cet état de délire et cette forme d'agitation délirante datent déjà de quelques jours. — Mort le 30, au matin, à 6 heures, sans que le coma et le délire aient augmenté. Anurie complète dans les vingt-quatre dernières heures. La température a peu varié 37°3, à 37°4; trois ou quatre fois seulement elle est descendue au-dessous de 36° le 18 avril, le 24 et le 27.

Le sang examiné à plusieurs reprises a donné 3 millions de globules rouges, par millimètres cubes sans variation notable des globules blancs. Quant à l'albumine des urines, elle n'a été trouvée qu'une fois (12, 13 et 14 avril) sous forme de nuage qu'on n'a pu doser et qui n'a plus reparu.

DATES.	URINE	URÉE	URÉE
	EN 24 HEURES.	PAR LITRE.	EN 24 HEURES.
23 février	1 litre 900	9 gr.	17,10
24 —	1 — 800	7,2	12,96
1 ^{er} mars	1 — 500	7,7	10,00
3 mars	2 — 000	3,1	6,2
10 mars	2 — 000	6,9	13,8
11 —	2 — 000	6,3	12,6
12 —	1 — 500	7,5	11,25
13 —	1 — 500	8,2	12,3
14 —	1 — 000	9,5	9,5
16 —	1 — 000	10,6	10,6
17 —	0 — 600	11,6	6,90
21 —	0 — 100	7,7	0,77
23 —	1 — 000	12,3	12,3
24 —	1 — 000	9,8	9,8
30 —	1 — 000	9,	9,
3 avril.	— 200	12,	1,40
8 —	0 — 150	12,1	1,81
12 —	0 — 700	14,9	10,43
15 —	0 — 600	15,4	9,24
17 —	1 — 000	13,2	13,2
18 —	0 — 600	15,4	9,24
22 —	0 — 100	14,4	1,44
23 —	1 — 000	15,9	15,9
25 —	1 — 000	9,	9,
27 —	1 — 000	18,	18,
28 —	0 — 600	15,2	9,22
29 —	0 — 500	16,1	8,05
30 —	Anurie.		

AUTOPSIE le 1^{er} mai. — L'incision des parois abdominales laisse écouler une certaine quantité de liquide qui distendait le tissu cellulaire sous-cutané. *Abdomen.* — Liquide jaunâtre dans la cavité abdominale. Pas de traces de péritonite. — *Poumons.* Adhérences de la plèvre droite en arrière, au sommet et sur le côté la plèvre diaphragmatique seule est intacte. Exsudat gélatineux assez épais et un peu d'épanchement entre les deux feuillets en bas. — Quelques adhérences à gauche, mais moins prononcées qu'à droite. — Adhérences

des plèvres interlobaires des deux côtes. Bronchopneumonie à droite, poumon rouge hépatisé, ne surnageant pas. — Pas de tubercules. — *Cœur*. Ecchymoses sous-péricardiques.

Cœur hypertrophié, surtout au ventricule gauche dont les parois mesurent 2 centimètres $\frac{1}{2}$ d'épaisseur. Orifices sains. *Rate*. — *Rate* petite. — *Foie* pesant 1130 grammes. Foie muscade rouge, un peu gras, nullement altéré dans sa forme, mais de volume plutôt amoindri, vésicule biliaire distendue. — *Reins*. Reins atrophiés. Rein droit pèse 70 grammes. Rein gauche 60, ils sont très-petits et ont conservé leur forme normale, toutefois leur consistance est dure. Les pyramides restent parfaitement distinctes et dans les tubes de ces pyramides on peut voir quelques traînées de cristaux d'acide urique. L'atrophie est surtout remarquable au niveau de la substance corticale qui a disparu à peu près complètement. — Si on décortique les reins on éprouve quelque résistance à détacher l'enveloppe, qui, très-adhérente, enlève çà et là quelques parcelles de substance corticale. Néanmoins, la surface des reins décortiqués est granuleuse, bosselée, et ces granulations sont blanc-jaunâtre sur un fond rouge; on dirait d'un semis de granulations miliaires un peu grosses. Sur la coupe des reins on note aussi une dégénérescence graisseuse des parties qui entourent les pyramides tranchant par leur aspect sain et violacé sur le fonds dégénéré, jaunâtre, granulo-grasieux.

Cerveau. Rien à noter dans le cerveau, sinon un peu d'œdème et d'épaississement des méninges à la convexité.

Vessie. Il n'y a pas d'urine dans la vessie.

RÉFLEXIONS. L'observation que nous venons de décrire présente plusieurs points intéressants. 1° Le diagnostic au début n'a pu être fait, il ne l'a été qu'au moment où l'œdème survint tardivement, enfin il a été rendu difficile par l'absence presque totale d'albumine dans les urines. — 2° Le foie a semblé s'hypertrophier derrière l'obstacle que formait le rein à la libre excretion des matériaux de désassimilation que le foie produisait. — 3° L'observation est en outre utile à consulter à cause des analyses qui ont été faites journellement. Les urines ont été analysées tous les jours et la courbe que nous tenons à la disposition des lecteurs ne peut être inscrite ici, malheureusement, dans toute son étendue. Elle prouve d'ailleurs que le chiffre de l'urée a baissé, dès le début, pour se relever plus tard ce qui est un peu en contradiction avec les résultats jusqu'ici obtenus.

Les matières fécales, les vomissements et le sang ont été analysés et contenaient de l'urée en proportion anormale toutefois sans être excessive. Les matières extractives leucine

et thyrosine sont en préparation dans le laboratoire de M. Brouardel, nous publierons le résultat de cette dernière analyse.

2. Angine couenneuse et croup chez un nouveau-né ;
CHENET, interne des hôpitaux.

Ces pièces ont été recueillies à l'autopsie d'un enfant, mort dans le service de M. le docteur Siredey, à l'hôpital Lariboisière, et dont voici l'histoire à grands traits.

Cet enfant, né le 14 avril 1877, pesait à la naissance 3 kilog. 500. Le 20 avril, la fille de service qui le nettoie signale le début d'un érysipèle de l'ombilic. L'enfant tétait moins bien depuis un ou deux jours au dire de la mère; il pesait alors 3 kilog. 300, et offrait déjà un peu d'écoulement séreux par le nez. On le fit descendre à la crèche où l'inflammation sus-ombilicale fut lavée à l'eau légèrement phéniquée, 1/200 et recouverte de cataplasmes de fécules. Le 28 avril, l'érysipèle après s'être étendu pendant les premiers jours était bien circonscrit et paraissait même s'éteindre, mais le jetage par les narines était toujours assez abondant et comme l'enfant tétait de moins en moins, nous examinons la bouche et l'arrière-gorge, et nous constatons ce jour-là même l'existence de fausses membranes qui tapissaient l'isthme du gosier. Le cri était cependant vigoureux, l'enfant n'avait pas maigri sensiblement, il n'avait pas de diarrhée, et n'offrait pas de trouble appréciable de la respiration.

On nettoya la gorge avec une solution de borax. Quelques cuillerées de potion de Todd furent administrées à l'enfant, mais l'état de la gorge ne s'améliora pas.

L'alimentation devient de plus en plus difficile. L'enfant tenait sa langue constamment recourbée vers l'arrière-gorge et comme roulée et refusait de prendre le sein.

Une exsudation blanchâtre se fit sur les bords de la plaie ombilicale, mais elle fut enlevée avec un pinceau, et un lavage phéniqué plus énergique 1/4^e fut pratiqué. La diphthérie ne reparut pas sur ce point.

Le 1^{er} mai, l'asphyxie commence. La vue s'éteint et la mort a lieu le 2 mai.

A l'autopsie, nous trouvons une rougeur violacée de l'isthme du gosier, du voile, des piliers, de la base de la langue et de la paroi postérieure du pharynx. avec le dos du scalpel on râcle sur la muqueuse une matière blanchâtre liquide. A l'ouverture du larynx, nous trouvons une rougeur générale très-intense, et de chaque côté, sur les cordes vocales et descendant au devant des ventricules, des fausses membranes très-

minces, comme réticulées mais cependant cohérentes, peu adhérentes aux plans muqueux, se détachant sous un filet d'eau. A l'examen microscopique, M. Troisième, a reconnu dans ces fausses membranes une masse granuleuse dans laquelle se trouvaient englobés de nombreux éléments nucléaires. Pas d'autres fausses membranes dans le reste des voies aériennes. Le poumon droit présente plusieurs foyers apoplectiques sous-pleuraux et interstitiels dont l'on obtient le volume d'une grosse noisette. Congestion peu intense de l'autre poumon. Cœur. Végétations rougeâtres très-visibles à l'œil et sensibles au doigt, dures, sur les bords de la valvule mitrale.

Mêmes lésions sur les bords de la tricuspide avec caillots dans le testicule droit se prolongeant dans l'artère pulmonaire. Foie presque noir très-congestionné. Congestion intense des reins. Infiltration sous-arachnoïdienne avec suffusions sanguines, sans foyer hémorrhagique circonscrit.

Réflexions. Il s'agit là d'un cas de diphthérie très-net et bien qu'aucun âge ne soit à l'abri de cette maladie, il est fort rare de la rencontrer chez des nouveaux-nés. Un autre cas s'était offert déjà à notre observation quelques jours avant, chez un enfant plus jeune qui avait été atteint moins de 8 jours après sa naissance et qui succomba à son dixième jour. Nous ne croyons pas que dans ces deux cas, la diphthérie se soit déclarée spontanément. En effet, ces deux enfants qui ont été pris à deux ou trois jours d'intervalle ont séjourné dans des berceaux voisins, non pas ensemble, mais successivement. Le premier, celui qui fait le sujet de cette observation, fut changé de selle le 20 avril (matin) au moment où l'on s'aperçut de l'érysipèle de l'ombilic. Il avait été couché à la salle Sainte-Anne, lit 23.

Le second enfant atteint de diphthérie, né le 20 avril (soir) fut couché au n° 26. Entre ces deux enfants la contagion à distance nous semble donc parfaitement admissible. Quant à la première importation de la maladie dans la salle des nouvelles accouchées où elle n'a jamais été observée encore, elle nous paraît avoir été faite par les élèves du service, et voici comment :

Quelques jours auparavant, un enfant de 14 mois, entré à la Crèche pour une syphilis communiquée par sa nourrice, avait été atteint de croup et avait succombé après 12 jours de séjour à l'hôpital, et cet enfant avait couché dans le même berceau qu'un autre enfant d'un an amené à l'hôpital pour une angine diphthéritique. Ce premier cas de diphthérie nous avait été apporté de la ville. L'état sanitaire de nos salles étant bon avant son entrée. C'est donc là, très-vraisemblablement, la source du mal.

Je n'ai pas à m'étendre ici sur les moyens prophylactiques à prendre en pareil cas et sur toutes les précautions hygiéniques qui ont été prises pour arrêter le développement du mal et l'extension de foyer. Aucune des mères n'a été atteinte mais au moment où je transcris cette communication, nous avons à déplorer un troisième cas de diphthérie mortelle chez un nouveau-né. J'ai seulement voulu apporter un document de plus à la doctrine de la contagion de la diphthérie, la contagion ayant pu être suivie pour ainsi dire pas à pas, et le mal ayant frappé des sujets qui, jusque-là, paraissaient épargnés par ce redoutable fléau.

3. Ramollissement cortical ancien ayant causé l'atrophie des deux marginales. — Diminution de volume de l'hémisphère cérébral correspondant. — Monoplégie brachiale avec contracture secondaire permanente. Absence de paralysie faciale, absence de lésions corticales correspondantes; per H. de BOYER, interne des hôpitaux.

Le nommé G.... Eugène, âgé de 58 ans, entre le 11 avril 1877, à l'infirmerie de Bicêtre (service de M. Bouchard): En 1872, ce malade a eu une attaque d'apoplexie; il se trouvait en omnibus quand il perdit peu à peu connaissance, il reprit bientôt ses sens et n'eut ni embarras de la parole, ni diminution de la sensibilité. — Une hémiplegie gauche complète se produisit à cette époque, sans être accompagnée de paralysie faciale. Au bout de quatre à cinq jours la motilité revint dans la jambe, mais le bras gauche fut toujours paralysé; la contracture tardive s'établit peu à peu, sans date précise; elle existait au commencement de 1877 quand le malade est entré à l'hospice.

Cet homme ayant subi une contusion du grand trochanter il y a quelques semaines, a été soigné dans le service de chirurgie du Dr Terrier où l'on a constaté le même état et, en plus une contracture passagère de la jambe gauche, paraissant sous l'influence directe de traumatisme.

Actuellement le malade est atteint de contracture du membre supérieur gauche, avec flexion de la main sur l'avant-bras; poing fermé et atrophie des muscles de l'avant-bras. Quand on écarte le bras du corps ou que l'on cherche à en étendre les segments, on provoque un tremblement de ce membre. Il n'y a pas de diminution de la sensibilité.

Le 11 avril 1877 le malade prend de la diarrhée et une broncho-pneumonie dont il meurt le 20: Il n'avait jamais présenté de paralysie faciale, ni de déviations oculaires, intelligence nette, parole facile.

AUTOPSIE. — Broncho-pneumonie double. Sclérose des reins qui sont kystiques. — Rien au foie, à la rate, aux organes génito-urinaires, catarrhe intestinal.

Cerveau. Les artères cérébrales sont saines, pas d'anévrysmes miliaires, les artères de la pie-mère sont oblitérées du côté droit, et cette membrane a pris un aspect gris sale et des épaissements fibreux par place; le cerveau est asymétrique, très-développé du côté gauche, atrophie au contraire à droite. Il n'y a pas d'asymétrie cérébelleuse ou pyramidale, la moelle paraît aussi symétrique. Le lobe gauche est sain, creusé de dépressions profondes, le lobe paracentral et l'avant coin sont très-élevés, très-découpés, toutes les scissures occipitales sont développées, la surface de ce lobe est évidemment beaucoup plus considérable que celle d'un cerveau normal, le champ cortical est beaucoup plus prononcé que du côté droit.

Le lobe droit est atrophié aux dépens de A et B en haut (marginales : frontale ascendante, pariétale ascendante), de T, Ts et de la base de F3 externe, le lobe paracentral est très-surbaissé et les deux marginales ont complètement disparu à ce niveau. Cette atrophie est causée par une plaque jaune ancienne, correspondant à la distribution vasculaire des deux branches ascendantes de la sylvienne droite. Quelques adhérences existent aussi sur le pli courbe au niveau du lobule pariétal inférieur, mais en un point différent de celui signalé par Grasset comme répondant aux mouvements des yeux. Les centres gris ne présentent pas d'altérations. La moelle réservée pour l'étude n'a pas présenté de lésions macroscopiques.

Nous avons là, en somme, un exemple intéressant de *monoplégie brachiale* accompagnée de *contracture persistante*, correspondant à un état de destruction de la *substance corticale* répondant aux points assignés comme *centres pour les mouvements volontaires des membres*.

4. Pneumonie caséuse pseudo-lobaire du poumon droit; diphthérie intercurrente; par M. MAYGRIER, interne des hôpitaux.

Bédu Emile, 17 ans, employé de commerce, entre le 18 avril 1877, dans le service de M. Mesnet, à l'hôpital Saint-Antoine. Le malade n'accuse aucune maladie grave antérieure; pas d'antécédents héréditaires. Le samedi, 14 avril, il est pris d'un point de côté assez violent du côté droit, sans frisson notable. Il était, dit-il, un peu enrhumé depuis une quinzaine de jours. En même temps survient une fièvre assez intense; la toux augmente et est accompagnée d'expectoration.

Le 18 avril, jour de l'entrée. Face vultueuse, molle, dyspnée assez considérable. Langue blanche, pâteuse, anorexie complète.

Examen de la poitrine. A la percussion, matité absolue dans le quart inférieur du poumon droit. A l'auscultation, expiration soufflante commençant vers le milieu de la fosse sous-épineuse; le souffle, qui est sec et vibrant augmente d'intensité jusqu'à la base; il est mélangé de quelques bulles humides. On constate très-nettement de la broncho-égophonie. Les vibrations thoraciques sont un peu diminuées. Les crachats sont visqueux, très-adhérents, finement aérés et un peu teintés en jaune, on conclut à une pleuro-pneumonie. Rien dans le poumon gauche. Prescription; large vésicatoire, potion kermétisée.

19 avril. Même état. Température : matin, 38° 5; soir, 40° 2.

20 avril. L'épanchement semble se résorber un peu, et la pneumonie prendre le dessus.

Température, matin : 39° 8, soir 40° 2.

21 avril. Rémission générale le matin. Dans les 2 tiers inférieurs du poumon droit matité, souffle et bulles humides après la toux; bronchophonie. Prescription : potion au tartre stibié. Température matin : 38° 8, soir : 40° 6.

22 avril. La nuit a été bonne; l'état général est calme : mêmes symptômes physiques, avec quelques râles en plus. Température, matin : 38° 5, soir : 40° 4.

23 avril. Mêmes signes physiques : les râles sous-crépitants augmentent. Crachats moins visqueux, moins adhérents, peu teintés.

Etat général très-satisfaisant. Température, matin : 38°, 2, soir : 40° 2.

24. Etat général, très-satisfaisant. Température, matin : 39°, 4, soir ; 40°.

25. Nuit agitée, sans sommeil : nouveau point de côté à droite : le malade est abattu, anxieux; la langue est très-chargée.

On constate quelques stries sanguinolentes dans les crachats. Moins de râles de retour, souffle bronchique intense. On supprime l'émétique dont la tolérance s'est établie d'emblée et on redonne du kermès. Température, matin : 39°, 4, soir : 40°.

26 avril. Nuit meilleure; pas d'agitations ni de délire. Les crachats, jusqu'alors à peine pathognomoniques, ont maintenant une couleur chocolat, presque jus de pruneau, qui fait craindre l'hépatisation grise. Les bulles humides sont redevenues nombreuses et grosses — le souffle tubaire et la trachophonie persistent. Température, matin : 38° 2, soir : 40°

27. Les crachats sont plus liquides, moins visqueux, tout à fait jus de pruneau, sans odeur. L'état général n'est cependant pas mauvais; mêmes signes à l'auscultation. Température, matin : 39°,4. — Soir : 40°,2.

28. Même état : vers midi, le malade se plaint de souffrir un peu de la gorge. Température, matin : 38°,8, soir : 40°,2.

29. Les crachats ont perdu presque entièrement leur teinte brune; ils sont devenus spumeux, à peine visqueux; la toux est très-fréquente. A l'examen de la gorge, on constate des exsudats blanchâtres, mal limités sur leurs bords, recouvrant chaque amygdale. Léger engorgement des ganglions sous-maxillaires; vive douleur à la déglutition; pas d'albumine dans les urines. Prescription; collutoire avec miel rosat : 12 gram. et acide chlorhydrique : 4 gram.

Température : matin, 38°8. — Soir : 40°2.

30. Etat général mauvais : dyspnée intense, dysphagie considérable. — Le souffle est très-fort, très-vibrant : peu de râles. L'expectoration est mousseuse, très-abondante, d'un blanc jaunâtre. Les plaques pseudo-membraneuses se sont étendues aux piliers postérieurs et au pharynx.

Température, matin : 39°. — Soir : 40°,2. — La mort survient dans la nuit, pendant un effort de toux.

AUTOPSIE, le 2 mai. — *Poumons*. Le poumon gauche, qui avait été considéré comme sain pendant la vie, présente à l'union du lobe supérieur avec l'inférieur, un groupe de granulations caséuses agglomérées, et dans le lobe inférieur des granulations disséminées et peu abondantes; rien du tout au sommet.

Poumon droit. — Adhérences pleurales assez solides; pas d'épanchement dans la séreuse; un peu de pleurésie interlobaire. Les lobes supérieur et moyen contiennent quelques granulations éparses de haut en bas et augmentant à mesure qu'on s'approche du lobe inférieur.

Le lobe inférieur tout entier est hépatisé non pas en masse, mais bien par îlots; dans l'intervalle de ces îlots dont la largeur est assez variable, et qui présentent une coloration blanc-jaunâtre, sont des parties de tissu pulmonaire sain, de couleur rouge plus ou moins foncée, tous les points malades sont exclusivement formés de matière caséuse; il n'existe nulle part des traces de ramollissement, ni de cavernes caséuses. En somme, il s'agit d'une *pneumonie caséuse lobulaire*, ayant simulé par sa marche et par ses symptômes une *pneumonie lobaire*, et ayant évolué rapidement (en quatorze jours) chez un sujet non tuberculeux antérieurement. La diphthérie intercurrente qui a enlevé le malade a permis de saisir les lésions dans le cours de leur production. Le pharynx, le larynx et les bronches sont recouverts de fausses membranes

qu'on peut suivre dans les plus fins tuyaux bronchiques. Les autres organes, cœur, foie, reins et cerveau sont sains et ne présentent aucune trace de granulations tuberculeuses.

5. Gros rein blanc; Néphrite conjonctive; par Charles Rémy.

Foulon, Jules, 33 ans, chauffeur aux bains de l'hôpital Temporaire, est reçu le 29 mars dans cet hôpital, salle Sainte-Anne, pour y être soigné d'attaques convulsives.

Voici les renseignements que la famille nous donne sur cet homme. Aucune maladie jusqu'en 1875. A la fin de l'année il fut atteint d'une maladie qualifiée de mal de Bright, avec albuminurie et anasarque (l'infiltration œdémateuse ayant commencé par la face et les jambes). Il eut alors une ascite assez considérable, pour qu'on dût pratiquer la ponction, en février 1876.

Après six mois de séjour à l'hôpital Temporaire, il sortit sans œdème et put reprendre son travail.

Ces symptômes d'une première maladie rénale semblent pouvoir être rattachés à une lésion parenchymateuse du rein. Depuis lors, il entretenait, à l'aide de purgatifs, une diarrhée continue. En 1877, 5 jours avant l'entrée du malade à l'hôpital, l'action des purgatifs ne se produit plus. Le malade ressent du malaise. Il sent ses mains comme paralysées, il a quelques petites secousses dans les membres. Enfin, dans la matinée du 29 mars, il est pris d'une attaque convulsive. Il a dans la journée trois attaques semblables.

A la visite du soir, nous constatons l'état suivant : La figure est bouffie et sans expression, les lèvres écartées laissent sortir la langue, tuméfiée par des morsures successives qui ont produit de nombreuses plaies. Cette glossite traumatique empêche le malade, qui nous comprend, de fournir des renseignements. Aucun œdème des membres inférieurs. Une notable quantité de liquide dans la poitrine. De nombreux râles sous-œrpitants dans le thorax à la base des deux poumons. Le poulx est fort et l'artère tendue; les veines superficielles gonflées. Le cœur, hypertrophié, bat dans le sixième espace intercostal. Forte impulsion, pas de souffle appréciable. Pendant que nous pratiquons cette auscultation, le malade est pris d'un nouvel accès de convulsions. Il perd connaissance, tourne convulsivement la face à droite, des saccades se produisent dans les zygomatiques et les globes oculaires, les membres sont agités de secousses rythmées comme dans l'empoisonnement par la strychnine. L'inspiration est suspendue, la face et les conjonctives bleuissent, la langue, bleue, est comprimée convulsivement par les arcades dentaires. L'accès dure une mi-

nute, et l'inspiration recommencée irrégulièrement, une écume sanglante vient aux lèvres et le malade tombe dans un coma stertoreux. Pendant l'accès convulsif les poings sont fermés, mais les pouces en dehors.

L'urine du malade est claire et blanche, très-abondante, elle contient une albumine *peu abondante* qui se précipite en fins flocons. — *Traitement.* Huit purgatifs répétés. Saignée 500 grammes. La saignée semble avoir supprimé les accès convulsifs pendant le jour suivant, 30 mars. Mais le malade reste dans un état comateux et il succombe le 31, dans une dernière attaque convulsive.

L'accord avait été unanime pour diagnostiquer : *néphrite interstitielle ou conjonctive.*

L'autopsie faite le 2 avril nous réservait une surprise.

Cœur volumineux, plein de caillots fibrineux. Paroi du ventricule gauche hypertrophiée. Valvule mitrale sclérosée. Cœur droit agrandi, mais à parois molles et flasques. Aorte libre, large, sigmoïdes intactes. Foie très-volumineux, présentant sur sa face supérieure un épaississement de la capsule de Glisson qui mesure un millimètre. Cet épaississement est formée de fibres de tissus fibreux (microscope). Rate avec un peu de perisplénite. Les deux reins sont volumineux; le droit plus que le gauche. Le droit se décortique facilement; l'extérieur est uni, non granuleux; il offre tout à fait à la coupe l'aspect d'un gros rein blanc. Cependant, près du hile, à la périphérie, s'observe un petit kyste de la grosseur d'un pois.

Le rein gauche est moins volumineux. Il est aussi blanc, mais son intérieur est rugueux et chagriné, et présente en certains points de petites brides fibreuses. Le péritoine est dépoli et d'aspect noirâtre, il renferme un peu d'ascite.

Si nous n'avions dû nous en rapporter qu'à l'œil nu, c'étaient là les lésions de la néphrite parenchymateuse. Mais, par l'étude microscopique, nous avons pu juger en dernier ressort, et mettre la clinique d'accord avec l'anatomie pathologique. Dans la région corticale, comme dans les pyramides, s'observait entre les tubuli une prolifération abondante de cellules fusiformes de tissu conjonctif. Autour des glomérules existaient des amas de jeunes cellules rondes. Un grand nombre de glomérules étaient atteints de dégénérescence cirreuse albuminoïde ou amyloïde. Dans quelques pyramides, on pouvait trouver un petit nombre de tubes droits en dégénérescence graisseuse. Un certain nombre de tubes dilatés contenaient des masses alcaloïdes. En un mot, néphrite conjonctive.

6. Elections.

MM. CLÉRAULT et POISSON sont nommés membres correspondants.

Séance du 11 mai 1877.

PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

7. Syphilome ano-rectal; par Eugène MAROT, interne.

Cette pièce provient du service de M. le professeur Trélat à la Charité. Elle a été recueillie à l'autopsie d'une femme de 29 ans, opérée huit jours auparavant pour un rétrécissement syphilitique du rectum et morte d'un érysipèle de la face intercurrent.

Cette malade avait déjà fait dans le même service un premier séjour de cinq mois, vers la fin de l'année 1873 et avait subi l'extraction de condylômes de la marge de l'anus. Au moment de son entrée, en février 1877, elle portait des traces manifestes d'éruptions syphilitiques diverses et tous les renseignements commémoratifs concordaient pour affirmer chez elle la diathèse syphilitique. L'époque précise de l'infection initiale n'a pu être déterminée d'une façon rigoureuse, mais il est probable que l'accident initial remonte à une dizaine d'années.

Ce n'est qu'à la fin de l'année dernière que cette femme eut à constater les premiers troubles fonctionnels dont l'aggravation la conduisit à l'hôpital au mois de février. Elle s'en inquiétait peu, lorsqu'il y a cinq mois elle s'aperçut que des matières fécales s'échappaient par une fistule à la partie inférieure et postérieure de la vulve, au-devant de la fourchette. En plaçant la malade dans les conditions cliniques d'un examen méthodique de la région anale et vulvaire, on put constater que de part et d'autre de l'orifice anal étaient disséminées des saillies largement pédiculées; au pied de la principale de ces saillies débouchait une fistule conduisant le stylet jusqu'à l'ouverture anale par un trajet très-court, large et

net. Outre celui-ci, il existait encore un trajet ano-vulvaire, déjà mentionné et d'autres trajets plus courts encore. M. le professeur Trélat prit soin à cette époque de faire remarquer deux points essentiels et qu'il a le premier dégagés dans la question du syphilome ano-rectal.

1° Les fistules et leur trajet ont ceci de spécial, de particulier dans les cas de syphilome, que tout y est sec, cicatrisé nettement, comme sont les trous percés à l'emporte-pièce dans le lobule de l'oreille par les bijoutiers : le seul aspect de ces fistules permet à première vue d'affirmer la présence d'un syphilome rectal.

2° Ces fistules ne ressemblent en rien à celles qui, dans les rétrécissements d'autre origine, contournent le point sténosé pour établir une sorte de circulation collatérale des matières : elles sont au contraire purement anales et sans aucuns prolongements au-dessus du lieu rétréci.

Le toucher rectal permettait de constater qu'au-dessus du sphincter anal la paroi antérieure de l'anus offrait une surface profondément déprimée, mollassée ; en arrière le doigt déprimait aussi une semblable surface anfractueuse et s'engageait dans des tissus ramollis et ulcérés. Plus haut le doigt s'engageait dans le canal rétréci de l'intestin en dépassant un bourrelet circulaire, situé à cinq centimètres environ de l'anus : plus haut on sentait manifestement que l'épaississement des tuniques intestinales remontait aussi haut que le doigt pouvait atteindre.

On institua un traitement général spécifique et un traitement local approprié ; mais au bout d'un mois et demi on dut songer à l'intervention chirurgicale. M. Trélat fit construire pour cette opération des instruments spéciaux, afin d'obtenir une rectotomie régulière, perte suffisante, sans délabrements ni hémorrhagies. Une longue tige d'acier, coiffée à sa pointe d'une sorte de navette fixée à frottement, pointue et munie d'un choc chargé d'un fil, fut enfoncée parallèlement au rectum et derrière lui jusqu'à 8 centimètres au-dessus de l'anus, à un centimètre plus haut que le rétrécissement. A ce moment, un léger mouvement de bascule imprimé au manche de l'instrument permit de perforer de dehors en dedans la paroi rectale, la navette et le fil se trouvaient dans le rectum : au même moment une seconde tige introduite dans le rectum un peu plus haut venait offrir à la navette un cadre muni d'une lamelle de caoutchouc : ce second instrument a la forme d'un laryngoscope dans lequel la glace est remplacée par un diaphragme de caoutchouc. On conçoit que la navette pointue, perforant ce caoutchouc, y reste fichée : la tige extra-rectale fut retirée, dépouillée de sa navette, tandis que la tige rectale

ramena avec elle cette navette et le fil. De cette façon un fil avait pu marcher en arrière du rectum, contre lui et parallèlement à lui, perforer l'intestin juste au-dessus du point rétréci, et revenir à l'anus par la cavité naturelle. Il fut bien facile de remplacer le fil végétal par l'anse de platine d'un galvano-cautère: la section se fit nette, limitée, sans écoulement de sang. Le malade mourut d'érysipèle, lorsque la plaie était presque cicatrisée.

AUTOPSIE le 9 mai. — Au-dessus du point rétréci et jusqu'à l'anus autour des fistules vulvaires principalement, on reconnaît une cicatrice récente qui remplace les ulcérations constatées au premier jour: *il importe de remarquer que le rétrécissement nécessitait déjà des soins à une époque où n'existaient pas ces cicatrices, mais seulement des ulcérations.*

Un examen minutieux du point rétréci, haut de 1 centimètre au plus et situé à 5 ou 6 centimètres de l'anus, permet d'affirmer que s'il y avait traces de cicatrice au-dessous, il n'y avait au niveau même qu'une muqueuse intacte, mais considérablement épaissie, de même que les tuniques sous-jacentes. Il ne s'agit pas ici de rétrécissement cicatriciel, mais de sténose par infiltration et épaississement plastique des tuniques rectales. Jusqu'à 15 centimètres de l'anus, l'intestin a une épaisseur uniforme de 4 millimètres au niveau du point de coarctation, l'épaisseur est de 5 à 6 millim. Au-dessus de ce point il existe sur la muqueuse des ulcérations superficielles, serpigineuses, nullement cicatrisées. La pièce a été remise à M. Fournier qui n'hésite pas à y reconnaître un exemple incontestable de l'affection qu'il a la première décrite et inter-née.

St. Tumeurs symétriques des corps étudiés par Roumer, interne des hôpitaux.

X..., 30 ans, n'a passé que quatre jours dans le service de M. Fauvel, salle Sainte-Jeanne, n° 65, à l'Hôtel-Dieu. On le trouva mort dans son lit au moment où l'on venait le chercher pour l'emmener à l'asile de Sainte-Anne. C'est un typhéma-niaque dont on ne peut tirer que des renseignements fort incomplets: il se plaint uniquement d'une violente céphalalgie et d'une douleur à la nuque dont il ne sait préciser le début; il prétend être plus faible des jambes que d'habitude et cependant il est venu à pied. La face est pâle, les pupilles égales ne sont ni resserrées ni dilatées; pas de tremblement des lèvres; les traits réguliers sont empreints d'une profonde indifférence. Les mouvements des quatre membres sont normaux; pas de contracture. Sensibilité cutanée partout intacte.

Absence de mouvement fébrile, peau fraîche, pouls régulier, 46. Rien de particulier du côté de la respiration. Battements du cœur faibles, aucun bruit anormal. Les fonctions digestives, sans être profondément troublées, sont languissantes depuis quelque temps : pas de vomissements ; ventre souple. Constipation opiniâtre. Le foie est augmenté de volume et déborde de 3 travers de doigt le rebord des fausses côtes. Miction facile ; les urines ne contiennent ni albumine, ni sucre. Eau-de-vie allemande 13 grammes.

Le lendemain on lui fait avouer qu'il a eu la syphilis : il a subi le traitement pour deux éruptions cutanées dont nous ne trouvons pas de traces. Pas d'engorgement ganglionnaire au cou ni aux aines.

Le soir, il se promène en chemise dans la salle ; il veut boire son urine ; on est forcé de lui mettre la camisole de force. Comme il trouble le repos des malades, on décide de le faire transporter à Sainte-Anne, et c'est au moment de son départ, quand on vient pour l'éveiller, qu'on le trouve mort, sans qu'il ait proféré aucune plainte.

AUTOPSIE. — La dure-mère est saine sur ses deux faces ; les veines de la moitié postérieure sont très-injectées. Les circonvolutions sont aplaties uniformément sur la convexité comme à la base du cerveau ; pas de lacunes dans leurs intervalles. La pie-mère n'est pas adhérente, mais sa finesse empêche de l'enlever facilement ; elle est normale sur toute son étendue. Rien à noter dans les vaisseaux de la base. Une notable quantité de liquide séreux s'écoule des ventricules latéraux. Les corps striés sont très-volumineux ; ils présentent chacun une tumeur du volume d'une grosse noisette qui affecte les rapports suivants : sur une coupe transversale et verticale, on voit qu'elle occupe la place du noyau lenticulaire, refoulant en dedans la capsule interne fortement comprimée ; en dehors la substance cérébrale est ramollie sur une épaisseur de 3 à 4 millimètres. Ces tumeurs sont dures, de couleur blanchâtre, et présentent à la périphérie une zone vasculaire injectée — plus marquée dans la tumeur du côté gauche. La même disposition se retrouve pour ainsi dire calquée des deux côtés. Aucune autre altération n'a été rencontrée dans le reste du cerveau. La protubérance, le bulbe n'offrent rien de particulier à signaler, ainsi que le cervelet. Les poumons crépitent bien et ne présentent aucune trace de tubercules ; congestion intense de la base droite. La face antérieure du cœur est recouverte par un large pannicule graisseux épais de 3 millimètres : le cœur ne dépasse pas son volume normal. Aucune altération d'orifices. Tissu sain. Le fœte, notablement hypertrophié et congestionné. Les reins sont

aussi volumineux ; les deux substances hyperémies.

M. LAURENT présente des pièces relatives à un cas d'hydronéphrose.

9. Ramollissement par embolie observé dès le début, destruction des communications de la troisième frontale gauche et des centres blancs par un foyer central étendu ; aphasie, hémiplegie droite flasque, hémianesthésie, hémiplegie faciale, eschares présentes du côté paralysé ; par Henry C. de BOYER, interne des hôpitaux.

D..... (Louis), 74 ans, entre, au 15 Saint-André, à l'infirmerie de Bicêtre (service du d^r Bouchard), le 27 mars 1877.

Antécédents. — Pas de maladies antérieures ; entré à l'hospice à cause de son âge avancé et à l'infirmerie pour une bronchite intense ; rien au cœur, rien aux reins. — La face est un peu vultueuse, un peu de céphalalgie et de constipation.

Attaque. — Le 28 mars, à 4 heures du soir, le malade est pris devant moi d'une attaque de paralysie, il sent sa jambe droite faiblir, puis le bras ; il cherche alors à crier, mais ne pousse que des cris inarticulés, bientôt ceux-ci cessent et la jambe et le bras tombent flasques, la figure est tirée vers la gauche, pas de déviation des yeux ni de la face, intelligence absolument conservée. Tendance à la fermeture du poing du côté droit. Diminution des mouvements réflexes, anesthésie prononcée à droite, langue déviée à gauche ; le soir le malade gâte. T. R. 37°, 4 au moment de l'attaque, 37°, 6 à 6 heures du soir.

Les jours suivants, la température suit une marche régulièrement ascendante, puis elle s'abaisse : 28 mars 37°, 4, 37°, 6 ; 29 mars 38°, 2, 39°, 3 ; 30 mars 40°, 2, 40°, 3, 39°, 5 ; 31 mars 38°, 2 matin et soir ; 1^{er} avril 38°, 38°, 4 ; 2 avril 38° matin et soir ; 3 avril 37°, 6 matin et soir. — 29 mars. Même état que la veille, paralysie prononcée du membre droit, légère déviation conjugée de la face et des yeux du côté gauche, déviation de la langue à droite ; le malade comprend bien mais ne peut répondre, il ne dit aucun mot pour un autre, ne jure pas. Pas de convulsions. 30 mars : perte absolue de connaissance atrésie pupillaire à gauche, contracture du st. cl. m. à droite ; râles sibilants dans la poitrine. 1^{er} avril, la parole commence à revenir ; début de l'eschare de la fesse droite ; le malade a mangé, il tousse moins en avalant (diminution de la paralysie du voile du palais). Pas de convulsions, pas de contractures. 5 avril, cyanose du bras paralysé. 6 avril, début de l'eschare

du mollet; 12 avril, début de l'eschare du trochanter; 13 avril, eschare à la malléole externe.

Le malade était bien amélioré, il continuait à gâter, ses eschares s'agrandissaient, mais la motilité revenait dans la jambe et la parole était en partie retrouvée, quand le 25 avril il est repris d'une attaque convulsive avec aphasie, stertor; au bout de quelques heures, sueurs profuses et rougeur de la face dont la température locale s'élève à 37°,8; le 26 avril, retour de la paralysie faciale; le coma continue et le malade meurt le 28 avril.

AUTOPSIE. — Quelques adhérences corticales — *intégrité parfaite de la troisième frontale gauche et de l'insula.* Artères de la base athéromateuses, obstructions des branches perforantes de la sylvienne gauche. Vaste foyer de ramollissement récent s'étendant de la corne frontale à la corne occipitale et ayant causé une perte de substance comprenant la capsule externe, le haut de la capsule interne et la 3° partie du corps strié à gauche. Ce foyer s'étend assez en arrière pour occuper la région de l'hémi-anesthésie et assez en avant pour séparer la 3° circonvolution frontale gauche de ses connexions avec les centres blancs; le foyer est étendu en haut et en bas et occupe les régions où l'on trouve ordinairement les cicatrices d'hémorragie.

Rien aux autres parties de l'encéphale. Sclérose pulmonaire et sclérose rénale au début. — Quelques végétations au cœur et athérome prononcé de l'aorte. — Il n'y a pas d'infarctus dans les autres organes.

10. Kyste hydatique du foie ouvert dans les bronches et dans la plèvre; par M. MAYOR.

R... Antoine, âgé de 43 ans, entre le 7 mai dans le service de M. Bernutz. — Ses parents sont tous fort bien portants, très-vigoureux. Il jouissait lui-même d'une assez bonne santé jusqu'à il y a dix ans, époque à laquelle, pendant qu'il suivait le régime Banting, il fut atteint d'un accident qu'il désigne sous le nom de congestion sans pouvoir en spécifier les symptômes. — On lui appliqua alors 72 sangsues qui paraissent avoir toutes mordu sous la région de l'hypochondre droit. — Pendant la guerre, il a eu des revers de fortune, malgré lesquels son régime est resté assez bon et n'a rien présenté qui puisse expliquer son affection actuelle. Il n'a jamais eu de chien dans sa maison.

Sa santé s'était conservée bonne jusqu'à cet hiver. — En octobre, il commença à tousser; ses crachats étaient alors ceux de la bronchite. — Pas d'hémoptysie, pas d'amaigrisse-

ment, pas de symptômes abdominaux, jamais d'ictère. — La toux ne persista pas longtemps. — Mais il y a six semaines, il recommença à tousser. Pendant quelque temps, ses crachats semblent avoir été simplement ceux de la bronchite. — Mais au bout de quinze jours ils devinrent beaucoup plus abondants ; il continuait à remplir ses fonctions d'employé de bureau. Son appétit qui avait faibli au début de la maladie, redevenait bon, et malgré cela il maigrissait.

Il y a trois semaines, l'expectoration prend l'apparence de gelée de fruits. Le malade ne se rappelle pas au juste quelle était sa couleur. — Il est plus explicite sur ce fait qu'il n'a jamais craché de sang et qu'il n'a jamais vu dans ses crachats de petites membranes. — Jusque là, il n'avait jamais eu de dyspnée très-marquée. A cette époque, il fut pris d'une diarrhée très-abondante qui a persisté jusqu'à la veille de son entrée. Les matières n'ont rien présenté de spécial si ce n'est qu'elles ont été quelquefois noirâtres.

Il y a quinze jours, les crachats prennent la couleur rouge brique qu'ils présentent actuellement. — Puis, il y a 8 ou 10 jours, il est saisi tout-à-coup d'une oppression extrême, avec menaces de syncope. — Un point de côté qu'il avait eu quelques jours auparavant et qui avait disparu, se réveille ; l'expectoration n'augmente pas. Depuis ce temps ce qui domine, c'est l'anhélation, l'affaiblissement. — Aujourd'hui 8 mai, le malade est très-oppresé, maigre, affaibli à ce point qu'il est difficile d'obtenir de lui des réponses catégoriques et difficiles.

En examinant la poitrine, on la trouve couverte d'acné provenant peut-être de la malpropreté évidente du malade. — A la partie postérieure de la poitrine, la percussion donne les résultats suivants : Sonorité paraissant normale, à gauche. — A droite, sonorité exagérée dans les fosses sus et sous épineuses. — Matité à la base au-dessous de l'angle de l'omoplate.

A l'auscultation. Rien d'anormal, à gauche si ce n'est un peu d'expiration prolongée dans la fosse sus-épineuse. — A droite, au sommet, souffle amphorique et surtout toux à timbre amphorique ainsi que la voix. — Ce phénomène présente son maximum dans la fosse sous-épineuse à sa partie externe. C'est aussi en ce point qu'on entend bien le tintement métallique. — A la base, on n'entend plus la respiration, et les vibrations thoraciques sont abolies. Il est impossible d'obtenir le bruit de flot par la succussion hippocratique. — Sur la partie antérieure de la poitrine, la sonorité exagérée se retrouve à droite, et elle descend jusqu'à quatre ou cinq travers de doigt au-dessous du mamelon. Ce n'est qu'à ce niveau qu'apparaît la matité du foie dont le bord inférieur descend

du reste à quatre travers de doigt au-dessous des fausses côtes. — L'auscultation de cette région antérieure ne donne rien d'anormal à gauche; mais à droite, on perçoit une sorte de râle caverneux très-prononcé, simulant une caverne très-superficielle et très-vaste. Il y a aussi plutôt pectoriloque que voix amphorique. — Les pupilles sont normales et égales. Malgré cette affection thoracique, le cœur paraît sain.

Abdomen. — Rien d'anormal, sauf le déplacement du foie. Pas d'œdème des membres inférieurs; — urines normales.

Ce qui attire surtout l'attention en dehors des signes de percussion et d'auscultation, c'est l'expectoration. — Les crachats sont rouges ou plutôt couleur brique, mais n'adhérant pas au fond du vase. Ils exhalent une mauvaise odeur, et ils contiennent quelques débris membraneux, jaune abricot, demi-transparents qui, mis dans l'eau, paraissent être très-évidemment des hydatides. — L'une de ces membranes offre nettement l'aspect d'une vésicule, mais elle est aplatie, froissée comme le sont les hydatides de certaines tumeurs anciennes. — Au microscope, ces membranes sont anhistes; on ne trouve pas de crachats dans le liquide expectoré, mais on y voit une notable quantité de pus, des cristaux de cholestérine et de petits amas pigmentaires jaune verdâtre. Le liquide filtré, puis examiné pendant qu'il s'évapore, ne dépose pas une quantité bien considérable des cristaux de chlorure de sodium. On en trouve cependant quelques-uns. Enfin ce liquide ne contient pas de sucre; mais on y reconnaît la présence d'une certaine quantité de mucus, d'une assez forte proportion d'albumine et de la matière colorante de la bile.

L'existence des membranes contenues dans ces crachats démontre que la cause du pneumothorax est un kyste hydatique ouvert à la fois dans la plèvre et les bronches. D'autre part, l'existence même de ce pneumothorax, l'absence de dyspnée marquée avant l'époque probable de la perforation pulmonaire, et aussi l'absence d'hémoptysie éloignent de l'idée que le kyste peut avoir siégé primitivement dans les poumons, tandis que la couleur des crachats et des membranes d'hydatides indiquent, malgré l'absence de symptômes abdominaux dans les antécédents des dernières années, que le siège du kyste doit être le foie.

9 mai. Un peu d'amélioration de l'état général; rien de changé quant aux signes physiques. — Soir. faiblesse extrême; l'expectoration devient plus verdâtre. Le malade meurt le 10 mai, à huit heures du matin, après avoir présenté les symptômes de l'asphyxie.

AUTOPSIE. — En enlevant la paroi antérieure de la poitrine, on remarque que le sommet du poumon droit est aplati, sé-

paré des parois thoraciques par un espace de 11 c. de hauteur sur 10 de largeur, mais descendant plus bas en dehors où il atteint la quatrième côte jusqu'au dedans. — Cet espace se continue en avant par un prolongement qui atteint le diaphragme, qui est limité en dedans par la plèvre médiastine, en dehors, par des adhérences solides du poumon avec la plèvre pariétale. — En arrière, dans la gouttière costo-vertébrale et même un peu en dedans d'elle, le poumon est encore très-adhérent ; mais en dehors de ces adhérences existe entre la face externe du poumon et la plèvre costale un nouvel espace rempli d'un liquide visqueux jaunâtre, dans lequel nagent des membranes d'hydatides semblables à celles qui ont été rejetées par les crachats. — Cette nouvelle cavité communique en haut avec la vaste cavité pleine d'air du sommet de la cage thoracique ; en bas, on y voit s'ouvrir par un large orifice une caverne pulmonaire de la grosseur d'un œuf. — Les parois de cette caverne sont lisses, rougeâtres, non recouvertes d'une membrane spéciale ; à leurs surfaces, s'ouvrent quatre ou cinq bronches de troisième ordre et plusieurs petites bronches. — Quant aux cavités limitées par la plèvre elles sont tapissées d'une néo-membrane épaisse et vasculaire, et de fausses membranes imbibées de pus verdâtre. — A la partie inférieure de la caverne pulmonaire, s'ouvre un canal qui admet facilement le petit doigt, et qui est entièrement creusé à travers le parenchyme pulmonaire. Les parois de ce conduit qui se dirige verticalement vers le diaphragme sont entièrement semblables à celles de la caverne. — En le suivant, on le voit traverser le diaphragme qui adhère, du reste, à la base du poumon, d'une part, et au lobe droit du foie, d'autre part. Le canal s'abouche alors dans un kyste à parois épaisses, de consistance presque cartilagineuse, revenues sur elles-mêmes, au point que cette excavation, creusée dans le foie, n'offre plus guère aujourd'hui que le volume d'un très-gros œuf. Elle contient quelques membranes semblables à celles qui ont été retrouvées dans la plèvre. Le sommet du poumon droit est affaissé, atelectésié : les lobes inférieurs sont œdématisés. Dans le poumon gauche, il y a au sommet une petite caverne entourée de quelques tubercules jaunes.

Le foie est non-seulement fortement adhérent au diaphragme par son lobe droit, mais encore il est abaissé de telle façon que sa limite supérieure correspond à la huitième côte (en avant). De plus, il a subi un mouvement de bascule tel que sa face inférieure regarde beaucoup plus directement en arrière que d'habitude et que la partie qui répond directement à la paroi abdominale antérieure offre une hauteur de 22 c. Sur le *péricarde* pariétal, dans sa partie droite, se voient quel-

ques petites fausses membranes récentes. Rien sur le péricarde viscéral, ni au cœur. *Reins* congestionnés, bleuâtres. — *Rate* saine. — *Intestins et péritoine* sains.

Cerveau. Un peu de liquide sous l'arachnoïde : un peu de congestion passive des méninges. Rien dans la substance même de l'encéphale.

En comparant les résultats de l'autopsie à l'histoire du malade, il est évident qu'il s'agit dans ce cas d'un kyste hydatique du foie qui a dû s'ouvrir dans le poumon droit un mois avant la mort. — Puis l'excavation pulmonaire résultant du passage des hydatides dans les bronches, s'est rompue et a déversé son contenu dans la plèvre. De là les phénomènes du début d'un pneumothorax qui est paru huit ou dix jours avant l'entrée du malade dans le service.

M. Brissaud présente un kyste hydatique du poumon.

Séance du 18 Mai 1877.

PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

44. Cancer latent de l'estomac. — Cancer de la colonne vertébrale ; par BRUN, interne des hôpitaux.

Carayon, Victor, âgé de 61 ans, exerçant la profession de marchand de vins, entre le 17 avril 1877, dans le service de M. Després, à l'hôpital Cochin, baraque II, lit n° 12.

Son père est mort à 86 ans, à la suite d'un accident ; sa mère semble avoir succombé à un cancer de l'estomac à l'âge de 55 ans. Elle vomissait tous ses aliments et avait vomi du sang à plusieurs reprises.

Antécédents personnels. Dans l'enfance, maux d'yeux et d'oreilles. Rougeole à 17 ans.

Pendant les derniers mois de l'année 1876, C..., éprouva des douleurs de rein qui disparaissaient par intervalles mais qui, au mois de février 1877, devinrent persistantes et prirent un tel caractère de gravité qu'elles rendaient tout travail absolument impossible.

Le 18 février, notre malade entre à l'Hôtel-Dieu, dans le

service de M. Guérin. Il se plaint de violentes douleurs dans la région dorsale de la colonne vertébrale, douleurs qui s'irradient de chaque côté du thorax et l'étreignent comme dans un étou. On lui fait alors remarquer qu'il porte à la partie supérieure du dos et du côté gauche une tumeur au niveau de laquelle on fait successivement appliquer des ventouses scarifiées et un vésicatoire.

Ce traitement ayant amené une légère amélioration, C..., sort de l'Hôtel-Dieu, le 2 avril et entre le 17 du même mois à Cochin. Au moment de son entrée, son teint est jaunâtre cachectique, sa maigreur très-prononcée.

Bien qu'il puisse encore se soutenir sur ses jambes, assez facilement, il ne marche qu'avec une grande difficulté et courbé pour ainsi dire en deux. Au repos, il éprouve à la partie supérieure de la région dorsale, des douleurs spontanées lancinantes, s'accompagnant par intervalles de douleurs en ceinture et d'élançements dans les cuisses, principalement à la partie antérieure. Il n'existe du reste du côté des membres inférieurs aucune diminution de la sensibilité soit au contact, soit à la piqûre.

En examinant le dos de ce malade, on trouve en un point qui correspond à peu près à la troisième ou à la quatrième vertèbre dorsale une légère gibbosité au niveau de laquelle on perçoit même de temps à autre une sensation de craquements. Au niveau de la sixième vertèbre dorsale et à gauche de la ligne médiane, entre le bord spinal de l'omoplate et la série des apophyses épineuses, il existe une tumeur du volume d'un œuf de poule environ, tumeur qui n'est pas douloureuse à la pression, au niveau de laquelle la peau est absolument saine et qui donne au palper une sensation assez nette de fluctuation. Quant à l'état général il est assez mauvais. L'appétit est à peu près nul, mais jamais il n'y a de vomissements. L'examen par la palpation et la percussion du foie et de l'estomac n'y révèle aucune altération. Du côté des poumons on trouve tous les signes d'une bronchite chronique.

Le diagnostic que M. Després porta à cette époque fut : *Cancer de la colonne vertébrale probablement primitif.*

Le 16 mai, le malade succomba aux progrès de la cachexie, sans avoir présenté aucun symptôme nouveau, sans avoir eu à aucune époque de vomissements soit alimentaires soit sanguins.

AUTOPSIE. — A l'ouverture de la cavité abdominale, le premier organe qui se présente est le foie augmenté de volume et grassex. En arrière de lui et séparé complètement de la paroi antérieure de l'abdomen se trouve une masse énorme de ganglions agglomérés, occupant la petite courbure

de l'estomac. Dans la cavité de ce dernier organe, existe un champignon cancéreux présentant à peu près le volume du poing, situé sur la petite courbure et laissant absolument libres les orifices cardiaques et pyloriques. L'œsophage était absolument sain. Les poumons présentaient les altérations caractéristiques de la bronchite chronique. Rien au cœur.

Du côté de la paroi thoracique postérieure on trouve en arrière au-dessous des plans musculaires de la région, un certain nombre de masses cancéreuses (7 ou 8) dont trois sont remarquables par leur volume et leur situation. Une première occupe la ligne médiane et englobe les cinquième, sixième et septième apophyses épineuses dorsales. Elle se prolonge dans les espaces intercostaux correspondants au niveau desquels les nerfs se trouvent fortement comprimés. Une seconde masse est située du côté droit et est appendue à la tubérosité de la septième côte, une troisième enfin reliée à la sixième côte gauche, est plus volumineuse que la précédente et très-ramollie, c'est celle qu'il était possible de sentir pendant la vie. En examinant la paroi postérieure de la cage thoracique du côté de sa face médiastine, on constate que les corps vertébraux des cinquième, sixième et septième vertèbres dorsales sont considérablement ramollis et tassés, ce qui rend compte de la gibbosité appréciable pendant la vie.

En résumé, l'autopsie nous a révélé l'existence d'un cancer latent de l'estomac et d'un cancer de la colonne vertébrale.

RÉFLEXIONS. — Cette observation nous a paru intéressante à plusieurs points de vue. Elle nous offre d'abord un nouvel exemple de cancer de la petite courbure de l'estomac ne se révélant pendant la vie par aucun symptôme ; elle nous enseigne encore combien doit être toujours réservé le diagnostic de cancer primitif de la colonne vertébrale.

Au point de vue clinique, le diagnostic de l'affection dont était atteint notre malade présentait de sérieuses difficultés. Si l'on considérait seulement l'état local, on pouvait croire à un abcès par congestion consécutif à une altération vertébrale et cette erreur n'a été évitée qu'en tenant compte de l'âge du malade, de son état général et principalement de son apparence profondément cachectique.

12. Note sur trois cas de néphrite accompagnés d'hypertrophie du cœur ; par Henry de BOYER, interne des hôpitaux.

I. Ch. âgé de 68 ans est entré le 8 mars à l'infirmerie de Bicêtre, (service du dr Bouchard). Il n'eut jamais d'autre maladie qu'un rhumatisme articulaire sans lésions cardia-

ques. Aucun accident des voies urinaires à cette époque. Il y a quelques mois une poussée rhumatismale s'est effectuée dans le bras droit. Aujourd'hui ce malade est œdématisé, l'œil est brightique, la vue a baissé; pas d'ascite ni d'hydrothorax, albumine abondante dans les urines. Emphysème des deux poumons; souffle piaulant systolique de la pointe et hypertrophie du cœur.

Urines. — 10 mars. q = 430 (Urates ab., albumine id.)

11 mars. q = 660 col. 3 d = 1022 (alb.).

13 mars. On donne de la térébenthine qui communique l'odeur de violettes aux urines, malgré la néphrite.

14 mars. id. id.

15 mars. q = 620 col. 3 d = 1020 (alb.)

On donne 2 gr. d'iodure de potassium.

16 mars. q = 140 d = 1030 (alb. et iode), l'iode passe aussi: son élimination dure cinq jours. — Le rein de ce malade paraissait donc permettre le passage des matières odorantes et retarder celui des autres médicaments.

1^{er} avril. — Bronchite intense: l'œdème augmente. 10 avril. Guérison de la bronchite, persistance de l'albuminurie, augmentation de l'anasarque; quelques filets de sang sont notés; pas d'hémorrhagies sous-cutanées.

23 avril. — Epistaxis; même symptôme le 30 avril, dyspnée extrême: il y a toujours autant d'albumine dans les urines; l'œdème augmente beaucoup et le 15 mai, le malade meurt après avoir eu des hémorrhagies multiples.

AUTOPSIE. — Ascite, hydrothorax, anasarque; les poumons présentent quelques points de sclérose et de la congestion des bases: le cœur très-volumineux pèse 1080 grammes et 870 une fois débarrassé des caillots qui l'obstruent; ceux-ci sont noirâtres, récents, distendent le ventricule et l'oreillette à droite, aussi le cœur a-t-il une forme en bissac très-nette, son tissu est un peu hypertrophié.

La rate, = 85 gr., le foie est très-gros et gras (muscade). Les reins à moitié gras pèsent le gauche 130 gr., et le droit 160 gr. Leur capsule est adhérente, ils sont congestionnés et offrent le type intermédiaire au gros et au petit rein. c'est-à-dire que c'est un rein non granuleux quoique petit, mamelonné, creusé de sillons; il contient quelques petits kystes et les pyramides sont en partie effacées par la substance corticale hypertrophiée et grasseuse; ce rein représente une des terminaisons du rein brightique, ce qui est d'accord avec l'examen des dépôts urinaires qui a montré surtout des cylindres épithéliaux infiltrés de graisse; la marche de l'œdème est aussi en harmonie avec cet état du rein qui aurait probable-

ment pu tourner aussi bien au gros rein blanc qu'au type ci-dessus décrit.

II. Sch. . . . , âgé de 81 ans, entre le 13 mai à l'infirmerie de Bicêtre, il se plaint de troubles gastriques et de quelques étourdissements. Ses urines examinées une seule fois contiennent de l'albumine et du sucre ; les dépôts n'ont pu être examinés : on suppose même que le sucre signalé aurait pu être accidentel, car il fut impossible de le rechercher dans les urines le lendemain, le malade étant anurique et mourant : le cœur est très-hypertrophié, sans souffle ; les poumons sont assez bons ; il y a eu des vomissements ; la température est normale ; le 14 mai, mort du malade qui n'a pas présenté d'œdèmes ni d'ascite.

AUTOPSIE. — Le malade est mort d'un cancer de l'estomac resté latent malgré les vomissements alimentaires qu'on pouvait rapporter à l'urémie chronique. — Cerveau sain (1360 gr.) Cœur 975 gr. et 750 gr. une fois débarrassé de quelques caillots qui l'obstruent : hypertrophie énorme *concentrique* du ventricule gauche et muscle en bon état, pas de lésions valvulaires, mais athérome aortique excessif. Poumons assez sains aux bases mais scléreux aux sommets (sclérose blanche). Reins atrophiés granuleux, types du petit rein scléreux ; ils pèsent le droit 100 gr. le gauche 110 gr. tout en étant très-petits. La rate pèse 175 gr. et le foie est gras, il faut sans doute attribuer l'augmentation de volume de la rate à une congestion passive causée par la tumeur cancéreuse de l'estomac.

III. H. . . . est un aphasique du service, nous ne donnerons de son observation que ce qui a trait aux reins et au cœur : l'œdème des jambes de ce malade coïncide avec des étouffements, il a des battements de cœur très-prononcés. — L'urine est albumineuse. Au bout de quelques jours survient une expectoration sanglante persistante que fait supposer une rupture vasculaire dans le poumon. Il meurt le 14 mai.

AUTOPSIE. — Lésions cérébrales, etc. Les poumons présentant deux gros infarctus hémoptoïques dont un, plus ancien, est en partie évacué au dehors ; on suit la trace du processus pathogénique dans les artérioles pulmonaires qui sont obstruées par des tronçons fibrineux adhérents aux parois, vestiges d'un caillot plus volumineux qu'on retrouve entier dans les gros troncs et jusque dans le ventricule droit ; la couleur blanche, la structure feuilletée et concentrique de ces concrétions permettent d'assurer que ces coagulations ont eu lieu pendant la vie. Il y eut donc *thrombose cardiaque et embolies pulmonaires* successives : le cœur pèse 1300 grammes et 1030 grammes une fois débarrassé des caillots cruoriques. Il est

gras et grasseyeux, assez épais, mais hypertrophié par dilatation, puis par augmentation de volume du feuillet musculaire; les reins sont gros, encore rouges, présentent des traces de sillons mais pas de petites granulations; le droit pèse 180 gr. et le gauche 210 gr., tandis que la rate toute petite ne pèse que 82 gr.; le foie, assez gros, est du reste peu congestionné. La coupe du rein montre un rein brightique passant à la période de transformation grasseyeuse sans diminution de volume. Pendant la vie on avait constaté des cylindres clairs parsemés d'épithélium granulo-grasseyeux.

RÉFLEXIONS. — Ces trois cas, observés simultanément nous ont paru intéressants à comparer. Nous avons là en effet les trois types de reins, le gros rein (III^e obs.), le petit rein granuleux (II^e obs.) et le type intermédiaire comme volume mais dépendant du rein brightique, (obs. I) sur lequel M. le professeur Charcot appelait récemment l'attention. — Les symptômes les plus nets d'albuminurie, l'anasarque, etc., accompagnaient ce type (obs. I); dans le cas du petit rein nous avons noté du sucre, mais il n'y a eu qu'un examen et l'on a peut-être été trompé par l'insouciance du malade, fort capable d'avoir mêlé sa tisane à ses urines (1); rien dans l'histoire clinique ne permettait d'affirmer le diabète. Dans les trois cas on avait une forte hypertrophie du cœur; dans l'obs. I, elle était à la fois par *dilatation* et par *développement concentrique*; dans l'obs. III c'était une hypertrophie *de résistance* développée après une énorme dilatation; dans l'obs. II c'était une hypertrophie concentrique *de puissance* due à la difficulté que le sang éprouvait à passer par le filtre rénal sclérosé; notons que l'examen du fond de l'œil, dans l'obs. I, fait par M. le Dr Terrier a montré les altérations de la rétinite albuminurique.

43. Hydrocèle enkystée de l'épididyme; par GAILLARD, interne provisoire.

Dubois, 71 ans, est admis le 5 janvier 1877 à l'infirmerie de Bicêtre (service de M. Terrier). Il se plaint d'un gonflement récent du testicule et de douleurs assez vives. Les bourses présentent une légère rougeur. On trouve au-dessus du testicule droit une tumeur d'un volume égal à celui de la glande, et paraissant dépendre de l'épididyme. Le malade meurt après 15 jours d'une affection pulmonaire.

A l'autopsie nous constatons la présence d'un kyste du

(1) Les tisanes de l'A. P. sont sucrées avec du sirop de glucose.

volume d'une noix, surmontant le testicule droit, intimement adhérent à l'épididyme. Il est situé en dehors de la séreuse vaginale qui contribue à former sa paroi ; il refoule en arrière le canal déférent dont il est séparé par son enveloppe celluleuse très-mince. En l'incisant on voit s'écouler un liquide séreux sans traces de spermatozoïdes. Il ne s'agit ici ni d'une hydrocèle vaginale vulgaire, ni d'un kyste de l'épididyme, mais bien d'une hydrocèle enkystée de l'épididyme comme l'a décrite Curling. L'épididyme a conservé ses rapports normaux avec la glande et sa parfaite intégrité. La tumeur existait probablement depuis longtemps sans avoir attiré l'attention du malade avant la poussée inflammatoire dont nous avons été témoin. Du côté gauche, il existe une hydrocèle de même nature mais beaucoup moins développée.

14. Papillôme de la vessie. — Dilatation consécutive de l'urètre droit. — Pyélo-néphrite ; par M. GALLIARD, interne provisoire.

Le nommé Jacques, 77 ans, a eu une première hématurie en 1874, puis une seconde en 1876 en même temps qu'une rétention d'urine qui nécessitait le cathétérisme. Le 30 mars 1877, nouvelle hématurie : il entre à l'infirmerie de Bicêtre dans le service de M. Terrier. Les mictions sont fréquentes et douloureuses. L'urine ne tarde pas à redevenir normale, puis mêlée à du pus. Dans l'intervalle des mictions le malade a des douleurs très-vives à l'hypogastre ; il est agité, privé de sommeil, mais sans fièvre appréciable. M. Terrier explore la vessie avec une sonde sans y rien trouver qui explique la cystite purulente dont l'existence paraît cependant incontestable. La prostate est hypertrophiée, mais l'urètre n'est pas rétréci.

Pendant quelques jours, des injections quotidiennes d'acide salicylique et d'eau dans la vessie sont faites sans soulager le malade. Pas d'hématurie nouvelle. L'état s'aggrave, les douleurs persistent aussi vives, mais l'urine devient de plus en plus rare, et en même temps se manifestent les symptômes de l'intoxication urémique : vomissements incoercibles, subdelirium, etc. Le 15 avril enfin, l'anurie est complète. La vessie ne contient que du pus. Il survient une complication intéressante : c'est une tuméfaction inflammatoire de la parotide du côté droit, sur laquelle le malade attire spontanément notre attention. Le 16 avril, mort.

AUTOPSIE. — Emphysème pulmonaire. Cerveau, cœur, tube digestif sans lésions. Foie normal, rate volumineuse. Paro-

tide droite augmentée de volume et de consistance; à la coupe, on voit des gouttelettes de pus.

Appareil urinaire. — Le rein gauche présente, à sa surface, de petits kystes urinaires qui ont contribué à diminuer le champ de la sécrétion, mais pas d'inflammation de ce côté. L'uretère est normal.

Le rein droit, au contraire, outre deux petits kystes analogues aux précédents, porte les traces d'une inflammation récente. Les calices sont remplis de pus. L'uretère du même côté est considérablement dilaté et plein de pus. L'urèthre présente une petite ulcération à la portion prostatique. Vésicules séminales saines, prostate volumineuse. La *vessie* est rétractée. En l'ouvrant et la vidant du pus qu'elle contient, nous trouvons au niveau de l'embouchure de l'uretère droit une tumeur du volume d'une noix, implantée sur un espace de 3 centimètres carrés à peu près, à base ovale, allongée de haut en bas, et s'étendant jusqu'à un centimètre du col de la vessie. Un stylet introduit dans l'uretère droit vient ressortir au milieu de cette petite masse. La tumeur a toutes les apparences du *papillôme*, avec des prolongements filiformes qui flottent dans l'eau. Une coupe montre que les tuniques sous-jacentes à la muqueuse ne participent pas à la lésion et ont conservé leur épaisseur normale (conservée dans l'alcool, cette tumeur n'a rien perdu de sa friabilité). On ne peut la confondre avec le carcinôme qui aurait envahi toute l'épaisseur de la paroi vésicale.

À gauche du col vésical se trouve un autre papillôme très-mince et long d'un centimètre seulement. Du reste pas d'inflammation de la vessie. L'examen histologique, fait par M. Clozel de Boyer a montré que la tumeur répondait exactement à la description donnée par Cornil et Ranvier. Elle est remarquable par le grand nombre de vaisseaux qui parcourent les papilles, et l'apparence normale de sa base formée de tissu conjonctif tout à fait sain.

15. Pneumonie caséuse du poumon droit; par Charles MAYERIEU, interne des hôpitaux.

Sartorré Augustin, mouleur sur cuivre, âgé de 22 ans, entre à l'hôpital Saint-Antoine dans le service de M. Mesnet, le 27 avril. Pas d'antécédents héréditaires. Jamais d'hémoptysie.

Il s'était toujours bien porté, lorsque, il y a environ un mois et demi, à la suite d'un refroidissement brusque, il fut pris d'extinction de voix et de toux, sans point de côté ni frisson bien nets. Le malade crut à un simple rhume et continua son travail, mais peu à peu ses forces diminuèrent, il maigrit no-

tablement et eut d'abondantes sueurs nocturnes. La fièvre s'alluma, l'anorexie devint complète, et il fut obligé de s'aliter douze jours avant son entrée à l'hôpital.

27 avril, jour de l'entrée, le malade est couvert de sueur, le facies pâle et déprimé; il ne répond que difficilement aux questions qui lui sont adressées, la voix est très-enrouée, la respiration courte et embarrassée. Le crachoir contient une expectoration visqueuse, adhérente, assez aérée, d'un blanc verdâtre et striée de sang. A la percussion, pas de matité appréciable, sinon un peu de diminution du son en arrière et à gauche. A l'auscultation, râles sibilants disséminés dans le poumon droit. A gauche, craquements humides uniformément répandus dans tout le poumon. Un peu de frottement à la base. — Pas de signes de ramollissement ni d'excavations dans les sommets.

On diagnostique une tuberculose à marche rapide.

Le 28, même état. Température { M. 39°, 8.
S. 40°, 1.

Les jours suivants, la fièvre persiste (1), avec le même état général. Toujours même expectoration. Les signes physiques vont s'accroissant de plus en plus dans le poumon droit. Les craquements humides des premiers jours ont fait place à de gros râles muqueux mais jamais de souffle, ni de râles crépitants. — On assiste pour ainsi dire à la fonte rapide du parenchyme pulmonaire, surtout au sommet, où l'on entend à la fin du gargouillement.

L'auscultation dénote aussi des râles humides, mais beaucoup moins abondants et plus fins dans le poumon gauche. Le malade se cachectise de plus en plus; sa voix s'éteint, la dyspnée devient considérable et il succombe le 14 mai.

A l'autopsie, on trouve le poumon droit emphysémateux et très-congestionné, laissant échapper à la coupe une grande quantité de sérosité spumeuse et sanguinolente: dans les parties moyennes quelques îlots de pneumonie caséuse lobulaire très-disséminés, mais nulle part de destruction: rien au sommet. — *Le poumon gauche est très-lourd*; il pèse deux fois et demi plus que le droit. A la coupe, le tissu présente un aspect granité, dû à de la *pneumonie caséuse généralisée*; il ne surnage pas dans l'eau. Au sommet, on constate un ramollissement notable, avec des excavations de formation récente, remplies de détritits et d'une sorte de bouillie due à la désagrégation des produits caséux. — Une excavation plus grande

(1) La courbe thermique complète est déposée dans l'album de la Société.

occupe la partie antérieure du sommet. — Les autres organes sont absolument sains.

16. Anévrysme de l'aorte abdominale; par F. BALZER, interne des hôpitaux.

Lem..., âgé de 40 ans, homme de peine, entre le 2 janvier, 1877, au n° 24, de la salle Sainte-Geneviève, dans le service de M. Lépine (hôpital Temporaire): Il se plaint surtout d'une douleur très-vive qu'il ressent dans la région lombaire et qui s'irradie dans le côté gauche. Il est faible et amaigri : la face est pâle et exprime la souffrance et le découragement. Il raconte que depuis 1870, il est sujet à des étouffements et à de l'oppression, à l'occasion des efforts. Mais c'est seulement depuis un an, qu'il souffre de battements de cœur de plus en plus intenses. Il a été traité, l'année dernière au Havre pour cette affection et prétend avoir été soulagé par les bains de mer. Il est assez fortement constitué, n'a jamais eu de rhumatisme; il a eu seulement la variole au Mexique, en 1863. Antécédents alcooliques.

Le poulx est petit, régulier; le tracé sphygmographique montre que les artères sont très-athéromateuses. Il existe une voussure considérable à la région précordiale, avec frémissement à la palpation. La pointe du cœur bat dans le septième espace intercostal. A l'auscultation, on entend au premier temps et à la base un bruit de souffle râpeux, très-fort, dont le maximum est au niveau de l'orifice aortique, mais qui diffuse en même temps dans toute l'étendue du sternum. Le claquement des valvules sigmoïdes qui succède à ce bruit de souffle est très-net.

Les vaisseaux présentent une impulsion très-forte à la base du cou. Rien de particulier aux artères crurales : pas de retard sensible au doigt. L'appétit est normal et les fonctions digestives s'accomplissent bien. Rien d'anormal dans l'urine.

On applique, le jour de son entrée, un grand vésicatoire sur le côté gauche qui paraît le principal siège des douleurs déjà mentionnées et qui se font sentir en même temps dans les lombes, et, en avant, dans la région épigastrique. Ces douleurs sont assez intenses pour gêner les mouvements et rendre la marche très-difficile et même impossible.

Le 18 janvier, application des pointes de feu à la région lombaire. Le malade dit qu'il ressent des douleurs assez vives dans l'œsophage et l'estomac, au moment de la déglutition.

9 avril. — Malgré les injections sous-cutanées de morphine le malade n'a pas cessé de souffrir un seul jour dans les reins

et le côté gauche, et il a de la peine à rester longtemps dans le décubitus dorsal. Appétit normal, mais dyspepsie douloureuse après le repas. Les bruits du cœur ne sont pas modifiés mais en examinant la région lombaire on trouve au niveau des dernières côtes une voussure considérable à gauche, avec matité complète. Cette région n'est le siège d'aucun battement, et lorsqu'on applique l'oreille, on ne trouve que les bruits de l'aorte renforcés. On prescrit 2 grammes d'iodure de potassium par jour.

16 avril. — En appliquant la main sur la région tuméfiée, on perçoit, pour la première fois, des battements très-nets. Avec le stéthoscope, on trouve à ce niveau et à plusieurs centimètres en dehors les deux bruits aortiques, le souffle et surtout le bruit de claquement. Le souffle semble être prolongé dans la direction de l'aorte.

21. — On est surpris de trouver aujourd'hui le pouls très-mou, bien que l'impulsion cardiaque continue à être aussi énergique ; il est à 88.

26. — On trouve sur l'omoplate gauche, une artère sous-cutanée, sinueuse, à peu près du volume de la radiale. Mêmes battements facilement perçus à la palpation, au niveau de la région dorso-lombaire. Le pouls est à 100, toujours très-mou, synchronisme entre la radiale et la crurale. En avant, la tumeur soulève le foie qui forme une masse arrondie et saillante à la région épigastrique, et qui remonte vers la poitrine au moment du choc de la pointe du cœur.

2 mai. — On supprime l'iodure de potassium à cause des coliques que le malade éprouve depuis quelques temps. Les douleurs lombaires et intercostales qui avaient un peu diminué, ont repris avec une nouvelle intensité. Dysurie depuis quelques jours. La déformation de la colonne vertébrale qui était à peine appréciable, au moment de l'entrée, est maintenant très-marquée ; ce qui la caractérise, c'est la disparition de la courbure dorso-lombaire. La colonne vertébrale forme maintenant une tige presque absolument droite. Ses mouvements sont nuls ou très-limités, à cause des douleurs.

Le malade peut encore marcher, mais avec difficulté, courbé en deux, et appuyé sur un bâton. Pas de signes de cachexie, mais la faiblesse et le dépérissement augmentent rapidement. Il dort peu, malgré le chloral, le bromure de potassium qui ont été successivement prescrits, malgré les injections de morphine qui sont faites deux fois par jour.

16 mai. — Depuis deux ou trois jours, il pâlit et s'affaiblit rapidement. L'appétit a complètement disparu. Le pouls est à 108, très-faible. Les pupilles sont un peu contractées. Depuis quelque temps on lui fait trois injections de morphine par

jour. Pas de selle depuis 5 jours. On prescrit un lavement de séné et de sulfate de soude. Ce lavement, donné à la fin de la visite, amène une débâcle considérable ; mais au moment où l'on retire le bassin, le malade devient tout à coup d'une extrême pâleur, ses mains se refroidissent, le front se couvre de sueur, il meurt en quelques instants.

AUTOPSIE. — Après l'ouverture du cadavre, on trouve tous les organes refoulés en avant par un vaste anévrysme de l'aorte thoracique et abdominale. Il n'existe pas d'infiltration ; on trouve à peine une demi-litre de sérosité claire dans le péritoine.

La rate est saine ; le foie présente son volume normal et est très-légèrement gras. Le rein droit est normal sur la coupe ; la capsule fibreuse est un peu adhérente. L'estomac et l'intestin sont normaux. Les poumons sont sains, mais il existe une adhérence très-solide entre le lobe inférieur du poumon gauche et la paroi de l'anévrysme, dans le voisinage de la colonne vertébrale.

Le cœur a son volume normal : plaque laiteuse de six centimètres sur son bord droit. Le cœur droit est vide de sang ; la valvule tricuspide est un peu indurée. La valvule mitrale est saine. L'orifice aortique laisse facilement passer le pouce ; les valvules sigmoïdes ont leur souplesse normale, l'une d'elles est fenêtrée. A l'origine de l'aorte, la tunique interne est épaissie et présente un aspect gélatineux.

L'anévrysme commence à un travers de doigt au-dessous de la bronche gauche, presque immédiatement au-dessous de l'origine de la sous-clavière gauche. La portion de l'aorte située au-dessus présente son diamètre normal. La bronche gauche est un peu repoussée en bas. L'anévrysme semble comprimer l'œsophage. Vu par sa face antérieure, il présente assez bien la forme d'une énorme poire à petite extrémité dirigée en haut : son volume est presque égal à celui d'une tête d'adulte. Ses faces antérieure et latérales sont lisses et recouvertes par la plèvre dans une grande partie de leur étendue. Mais il existe aussi des adhérences indestructibles avec le lobe inférieur du poumon gauche, les ganglions mésentériques, la capsule surrénale gauche et surtout les piliers du diaphragme qui recouvrent la tumeur et renforcent sa paroi. A sa partie inférieure l'anévrysme se termine presque brusquement au-dessous des artères rénales, et l'aorte reprend son calibre normal.

La paroi postérieure de l'anévrysme est constituée uniquement par la colonne vertébrale et la partie postérieure des côtes gauches, sauf un pont d'une étendue de trois à quatre centimètres au niveau de la troisième vertèbre dorsale. Les

six dernières vertèbres dorsales sont profondément rongées, surtout dans leur moitié gauche.

L'érosion est surtout profonde au niveau des corps vertébraux qui sont anfractueux et déchiquetés: les disques sont aussi atteints, mais moins profondément et leurs bords prédominent au-dessus des excavations des corps des vertèbres. Les côtes gauches correspondantes sont également érodées à leur face interne depuis la tête jusqu'au niveau de l'angle. La onzième est complètement détachée à son insertion vertébrale. La deuxième et surtout la troisième vertèbre dorsale sont également excavées sur leur face antéro-latérale gauche; mais la perte de substance n'a pas les caractères que nous avons signalés pour les vertèbres inférieures; au lieu d'être anfractueuse et en contact direct avec le contenu de l'anévrysme, elle est lisse et recouverte par un tissu cellulaire qui l'unit à la paroi du vaisseau.

En examinant la face interne de la paroi de l'anévrysme, on trouve celle-ci incrustée de plaques calcaires dans une grande partie de son étendue. Il existe, en réalité, deux poches anévrysmales séparées l'une de l'autre par un repli circulaire, en forme de valvule, situé environ 7 centimètres au-dessous de l'origine de la sous-clavière gauche. Ce repli valvulaire, qui a plus d'un centimètre de largeur, est rigide, incrusté de plaques calcaires, et rétrécit le calibre de l'artère au point de permettre à peine au doigt de passer. Il est évidemment formé par l'adossement des tuniques artérielles, car en détruisant les brides fibreuses situées à ce niveau à la face interne et en exerçant des tractions, on arrive à faire disparaître ce repli et à mettre au même niveau la paroi des deux sacs. Le sac supérieur, beaucoup plus petit et plus étroit que l'inférieur ne renferme que des caillots *post mortem*: il n'est constitué que par les tuniques de l'aorte dilatée. La poche inférieure est énorme et remplie de caillots anciens et stratifiés: au centre, les caillots sont encore noirs, couverts à la surface de stries blanchâtres régulières qui se continuent dans leur épaisseur. Très-adhérents aux parties supérieures et inférieures du sac, les caillots paraissent vers le milieu s'être posés en contact direct avec la paroi, et s'en détachent facilement. Au-dessous de l'anévrysme, l'aorte a son calibre normal; elle est athéromateuse; sa tunique interne fait un relief saillant à l'endroit où se termine la poche.

La rupture de celle-ci a eu lieu à la partie inférieure et à gauche, dans le voisinage de la colonne vertébrale, probablement par suite de la destruction des adhérences qui unissaient le sac aux os. Le sang s'est épanché dans le flanc gauche sous les intestins et le péritoine; il a fusé dans la fosse iliaque et

de là sous le péritoine qui tapisse la paroi de l'abdomen jusque sous les muscles grands droits: il est enfin descendu le long de l'S iliaque jusque dans le petit bassin. Les caillots sont infiltrés dans le tissu cellulaire retro-péritonéal, dans l'enveloppe celluleuse du rein gauche qui est comprimé et anémié. On peut estimer à plus d'un litre la quantité de sang épanché.

RÉFLEXIONS. — L'existence de l'anévrysme n'a été constatée qu'un mois environ avant la mort et les signes physiques ont toujours été très-incomplets, aussi bien que les signes présomptifs. Parmi ces derniers, ce sont les douleurs lombaires et intercostales qui ont attiré principalement l'attention au début. Dans une leçon clinique faite au mois de Janvier à l'hôpital Temporaire, M. Lépine explique leur production par le développement d'un anévrysme de l'aorte abdominale, malgré l'obscurité ou l'absence complète des signes physiques. Le bruit de souffle qu'on entendait le long de la colonne vertébrale semblait le prolongement de celui de la base du cœur, lequel, à cause de ses caractères et de la précision de son siège ne pouvait être expliqué que par un rétrécissement aortique. Cette lésion n'existait pas l'autopsie a montré que le souffle râpeux et prolongé de la base, tenait au repli valvulaire que nous avons signalé à la partie supérieure de l'anévrysme, et qui était situé précisément à la hauteur de la base du cœur. Selon toute vraisemblance, la formation de ce repli peut être attribuée au refoulement progressif des tuniques de l'aorte au-dessus et au-dessous d'un segment de ce vaisseau resté sain.

Séance du 25 mai 1877.

PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

17. Végétations siégeant à l'orifice, et dans la cavité de l'artère pulmonaire; par Paul BONGOUR.

Le nommé Cucunière, sculpteur, 21 ans, est entré le 5 mai 1877, à l'hôpital Saint-Antoine, salle Saint-Lazare, lit n° 1, service de M. Beaumetz. Ce malade entre à l'hôpital, dans une faiblesse

extrême, se plaignant principalement de palpitations vives. Il a encore son père qui est bien portant ; sa mère est morte à l'âge de 45 ans, d'épuisement, dit-il, après avoir eu 15 enfants. Il a un frère qui a 29 ans et qui est malade de la poitrine ; trois autres se portent bien.

Ce malade n'a jamais eu aucune maladie dans son enfance ; mais il n'a jamais été d'une santé bien robuste. Cependant, dit-il, jusqu'au jour où il est tombé malade, il était *frais* et *rose* et ne se plaignait de rien, si ce n'est de quelques palpitations de temps en temps. Porté aux plaisirs sexuels, il en abusait et faisait aussi assez souvent des excès de boissons. Il raconte qu'il y a trois mois, il est tombé malade dans les circonstances suivantes : Un dimanche après une partie de plaisir dans laquelle il se livra à ses excès habituels, il reçut en rentrant chez lui une pluie battante. Le lendemain il fut pris de frissons, de fièvre, et de vomissements ; le jour suivant, il y eut un peu d'amélioration, car il put reprendre son travail ; cependant il conservait une céphalalgie persistante et un malaise général. Il resta trois jours dans cet état. Le quatrième jour, douleurs très-grandes dans la poitrine, douleurs constrictives, palpitations facilement augmentées, et respiration pénible et douloureuse. En même temps une pâleur considérable envahit sa figure et remplaça les couleurs qu'il disait avoir. A la consultation de Saint-Antoine où il vint d'abord, on lui dit qu'il avait des palpitations, et on lui prescrivit un vésicatoire et de la teinture de digitale. Il éprouva un grand soulagement du vésicatoire. Durant une semaine il alla assez bien, puis il fut repris de douleurs vives dans la poitrine, et surtout du côté droit ; en même temps gêne respiratoire et fièvre.

Il revient de nouveau à la consultation ; on lui trouve un bruit de souffle au cœur : vin de quinquina, pilules de Vallet, aucun soulagement. Alors il s'amaigrit de plus en plus, perdit ses forces, suspendit son travail et fut forcé de garder la chambre assis dans un fauteuil. A cette époque il n'avait pas d'œdème des extrémités. Pendant quinze jours, le malade resta dans cet état éprouvant par instant des picotements et des douleurs dans la poitrine ; enfin sa faiblesse augmentant il fut obligé de garder le lit. Un médecin appelé lui prescrivit tour à tour de la teinture de digitale, un vésicatoire, du bromure de potassium, du vin de quinquina et du sirop d'iode de fer. Depuis lors il garda presque toujours le lit, étant dans une faiblesse extrême, ses jambes enflant quand il se levait, et avec cela une céphalalgie continuelle.

Etat actuel. 5 mai 1877. — Il est petit, complètement imberbe. Sa figure est d'une pâleur extrême ; il porte tous les signes

d'une anémie profonde: les conjonctives, les lèvres, les gencives sont complètement décolorées. En même temps on constate facilement la bouffissure du visage. Toute la surface de son corps est également pâle; il est très-amaigri. Les bourses sont oedématisées, ainsi que les jambes. Mais c'est un oedème de moyenne intensité. Sa faiblesse est très-grande, la marche impossible. Il accuse des douleurs dans les mollets, douleurs se manifestant surtout à la pression de ces parties.

Il manque absolument d'appétit, quelquefois il a des vomissements alimentaires, et depuis trois jours il a de la diarrhée.

La percussion du foie fait constater que cet organe dépasse un peu les fausses côtes. Le malade ne se plaint pas de céphalalgie; mais il a des bourdonnements d'oreille très-forts, au point qu'il entend un peu dur. L'auscultation des pœmons ne présente rien de particulier.

La peau n'est pas chaude. Le pouls est fréquent, sans être fort ni irrégulier. La pointe du cœur bat dans le 5^e espace intercostal et sur la ligne mamelonnaire. La paroi thoracique est soulevée manifestement par des battements. On constate aussi des soulèvements au niveau des carotides à droite et à gauche, ainsi qu'au niveau de la fourchette du sternum. A la main il est facile de percevoir un frémissement vibratoire manifeste à la région précordiale. La percussion est douloureuse.

A l'auscultation, on perçoit bien que les bruits du cœur sont soufflants et un peu rudes; mais il est assez difficile de préciser à quel temps se trouve le souffle le plus fort. Cependant il paraît être au 1^{er} temps, s'entendant surtout à la base du cœur, derrière le sternum se propageant à sa gauche, ne s'entendant point à la droite, ni à la pointe du cœur. Si on ausculte les vaisseaux de la région cervicale, on entend bien les bruits du cœur, mais les souffles ne s'y font point entendre.

Les urines sont rares de 4 à 500 gr.; elles sont d'un rouge noirâtre, contiennent des globules rouges altérés en grande quantité; si on les filtre et si on les traite par l'acide nitrique ou la chaleur on constate qu'elles contiennent de l'albumine. Vu l'état d'anémie et de faiblesse dans lequel se trouve le malade, on lui donne un traitement tonique. Le 6 et le 7 mai le malade ne présente rien de particulier; les urines ne dépassent pas 800 gr. et contiennent toujours du sang et de l'albumine.

8 mai. Le malade a vomi, il a de la diarrhée; ne pouvant supporter l'extrait de quinquina, le vin et la viande crue, on lui supprime cette médication pour le mettre au régime lacté.

9 mai. Urine 600 gr. sang et albumine. Le malade n'a pas de troubles de la vue, mais il a une surdité presque complète.

10 *mai*. Urine 430 gr. présentant toujours la même coloration, contenant toujours du sang et de l'albumine.

11 *mai*. Urine 350 gr. odeur ammoniacale. Le malade se plaint de douleurs à la région stomacale; la pression sur le reste du ventre est également douloureuse.

13 *mai*. Urine 420 gr. odeur ammoniacale sang et albumine.

14. Urine 400 gr. au fond on trouve un dépôt blanchâtre, pulvérulent, formant une petite couche, odeur ammoniacale prononcée.

15. A peine 200 gr. d'urine. — Au soir le malade a une fièvre vive. La figure, qui est très-pâle ordinairement, est animée et rose. La pression y est douloureuse.

16. Au matin. La fièvre est encore assez vive. La face est tuméfiée; mais elle n'est plus rouge. Sur le nez la peau est tendue, luisante et douloureuse. Les ganglions sous-maxillaires sont engorgés et douloureux; gêne de la déglutition. Cet état nous présente tous les caractères de l'érysipèle, moins la rougeur. Urine 423 gr.

17. La figure offre le même aspect; la peau est un peu moins tendue. Le malade est très-oppresé.

Le poulx est petit, inégal; il y a un œdème léger des membres. Le reste du corps est douloureux au moindre mouvement. Le malade n'a pas uriné depuis hier matin. La respiration a une odeur ammoniacale. L'abdomen est très-douloureux, surtout à la région vésicale. Pas de céphalalgie. T. 36,°7. — Pour faciliter les sueurs, on lui injecte 2 centigr. de pylocarpine. Immédiatement après l'injection le malade est pris de délire. Les sueurs n'apparaissent pas. Mort à 2 heures de l'après-midi.

AUTOPSIE. — A l'ouverture de la cavité thoracique on constate dans les cavités pleurales une certaine quantité d'un liquide citrin et transparent. Du côté gauche, le lobe supérieur du poumon, au niveau de la partie moyenne de son bord inférieur, est adhérent par une sorte de pédicule court et petit.

Du côté droit on trouve aussi quelques petites adhérences.

A la coupe on trouve les poumons sains, mais pâles. Au niveau des adhérences constatées sur le poumon gauche nous trouvons deux infarctus, gros comme une petite olive, l'un blanchâtre et dur, l'autre ramolli.

A l'ouverture du péricarde, il s'écoule une certaine quantité d'un liquide citrin et transparent. Le cœur présente un volume à peu près normal. Les cavités gauches ne présentent pas trace de caillots. Les valvules sigmoïdes de l'aorte sont saines. La face interne de l'aorte présente immédiatement au-dessus des valvules quelques traînées jaunâtres, indice d'un commencement d'athérome. Il n'y a rien à la valvule mitrale. Les

cavités droites sont également exsangues. Mais à l'ouverture de l'artère pulmonaire nous trouvons au niveau des valvules sigmoïdes une série de végétations dont les caractères sont les suivants. Elles sont jaunâtres, d'une consistance assez ferme. Il y en a quatre. On en trouve une située en aval de l'orifice pulmonaire, du volume d'une petite noix, adhérente à la partie antérieure de cette artère. Ces adhérences sont si faibles que dans un très-léger mouvement de traction elle s'enlève immédiatement. Elle adhérerait par une surface assez large. A la coupe de cette végétation nous trouvons qu'elle est un peu ramollie à son centre.

Les autres sont situées sur les valvules. La valvule située sur la paroi de l'artère adhérente à l'aorte en porte une du volume d'un grain de groseille et fixée au milieu du bord libre. Le reste de la valvule ne semble pas altéré. La valvule voisine en porte une autre grosse comme une olive insérée sur le bord libre et la face antérieure sur laquelle elle fait saillie. Enfin la troisième valvule porte une dernière végétation du volume de la deuxième mais étendue sur une surface plus grande.

L'artère pulmonaire au niveau de son infundibulum ne présente rien de particulier. Les parois du ventricule gauche semblent un peu hypertrophiées; celles du ventricule droit ne le sont pas; mais sa cavité paraît agrandie. A la valvule tricuspide on ne trouve rien à noter.

La cavité péritonéale contient une certaine quantité d'un liquide citrin et transparent. Les deux reins sont volumineux, d'une consistance molle et d'une coloration pâle. La capsule se détache facilement. A la coupe on trouve une décoloration de la substance corticale. Cette substance est jaunâtre, granuleuse et augmentée de volume. Les pyramides de Malpighi paraissent saines. Le foie est volumineux et gras. La rate est grosse et diffluente. Les ganglions mésentériques sont augmentés de volume avec une consistance normale et une coloration pâle. Pas d'ulcération dans le tube digestif.

Le cerveau n'a pu être examiné.

18. Fractures du radius; par Alfred BULTEAU, interne des hôpitaux.

La nommée Lep... âgée de 27 ans. est entrée le 1^{er} avril 1876, à l'hôpital Lariboisière, salle Sainte-Jeanne n° 7, dans le service de M. le Dr Tillaux. Elle est tombée sur la chaussée d'une hauteur de 8 mètres environ; quelques heures après l'accident, elle est amenée à l'hôpital où elle est admise d'urgence. A son entrée, la malade est dans une agitation extrême, elle présente à la face, aux mains, dans le dos, des brûlures

du 2° degré. Outre un broiement du calcanéum droit, on constate à droite et à gauche, une fracture évidente de l'extrémité inférieure du radius.

Caractères de la fracture du radius à droite. Déviation considérable en dehors de l'axe de l'extrémité inférieure de l'avant-bras; l'axe de la main correspondant au médus se porte au contraire en dedans par rapport à lui, de telle sorte que l'axe de l'avant-bras, celui de la partie fracturée, et celui de la main forment ensemble une ligne brisée ayant la forme d'un π très-allongé. Le bord cubital de la main est légèrement dévié en dedans; l'encoche cubitale, et la saillie de la tête du cubitus sont peu marquées en raison de l'embouppoint de la malade, et d'une ecchymose assez forte siégeant à ce niveau.

Le diamètre antéro-postérieur de la partie fracturée est considérablement augmenté; le sillon radio-carpien, à la partie antérieure du poignet, est remonté et beaucoup plus accentué qu'à l'état normal; les apophyses styloïdes du cubitus et du radius se trouvent sur une même ligne transversale.

La déformation, en dos de fourchette, est peu marquée; on sent très-nettement sous la peau, le bord postérieur tranchant du fragment inférieur à la face dorsale de l'avant-bras. La mobilité et la crépitation sont très-marquées au niveau de la fracture; il semble qu'il existe plusieurs fragments; aussi porte-t-on le diagnostic de broiement de l'extrémité inférieure du radius. Les mouvements de l'articulation radio-carpienne sont possibles et non douloureux.

Caractères de la fracture du radius à gauche. La déviation en dehors est ici beaucoup moins marquée; il n'y a pas d'encoche cubitale. Le fragment inférieur fait une saillie assez considérable en arrière. On perçoit de la crépitation et de la mobilité anormale. Les apophyses styloïdes paraissent avoir conservé leurs rapports normaux, mais le gonflement est tellement considérable qu'il est difficile de bien préciser leur situation. Le pli cutané antérieur radio-carpien est remonté et très-accentué comme dans la fracture du radius droit; c'est un excellent signe de la fracture de l'extrémité inférieure du radius, et il manque très-rarement.

La malade meurt le 3 avril à la suite d'accidents cérébraux dus à sa chute.

AUTOPSIE. — Fracture du radius droit. Une quantité considérable de sang infiltre tous les tissus entourant la fracture. Après avoir enlevé toutes les parties molles qui recouvrent l'articulation radio-carpienne, on constate que le ligament antérieur est intact, et qu'il a conservé ses insertions à la partie antérieure et inférieure du radius; mais il existe une solution de continuité de cet os précisément au point d'attache

de ce ligament. En examinant le fragment supérieur, on trouve que le trait de la fracture en avant est transversal ; à la partie externe, il existe une petite encoche due à ce qu'une petite surface osseuse rectangulaire a été détachée du fragment inférieur.

En arrière, la fracture siège beaucoup plus haut, à 0,015 millimètres environ au-dessus du trait de la fracture à la partie antérieure de l'os, de telle sorte que la fracture est manifestement oblique suivant l'épaisseur de l'os de haut en bas et d'arrière en avant. Le périoste est déchiré à la partie antérieure au niveau du trait de la fracture, il est presque complètement intact à la partie postérieure. Le fragment inférieur en raison de l'obliquité de la fracture, ne présente à sa partie antérieure qu'une surface osseuse de 0,003 millimètres de hauteur environ, rugueuse, inégale ; c'est le point d'insertion du ligament antérieur de l'articulation radio-carpienne. En arrière, le fragment inférieur présente une hauteur de 0,015 millimètres ; il est constitué par toute cette portion du radius où se trouvent les différentes gouttières ostéo-fibreuses qui donnent passage aux tendons des radiaux, des extenseurs et du long abducteur du pouce. A ce niveau, à l'état normal, le périoste est épaissi et renforcé par du tissu fibreux assez résistant qui tapisse les gouttières que nous venons de signaler ; cette disposition anatomique toute spéciale nous semble expliquer l'obliquité de la fracture de l'extrémité inférieure du radius que l'on rencontre dans la très-grande majorité des cas. Ajoutons que les crêtes osseuses qui séparent ces différentes gouttières, donnent à l'os une plus grande résistance, et contribuent pour leur part à ce que la fracture siège plus haut, c'est-à-dire là où elles cessent d'exister.

Le bord postérieur du fragment supérieur pénètre dans la substance spongieuse du fragment inférieur et l'a presque réduit en bouillie ; la surface articulaire radiale est divisée en trois parties et présente la forme étoilée qu'a signalée Dupuytren. Le ligament triangulaire a conservé ses rapports normaux, sa surface articulaire est intacte, mais il est complètement détaché du cubitus, et n'est plus fixé à sa partie interne que par des tronçons fibreux qui l'attachent à la partie interne et postérieure du corps. Le sommet de l'apophyse styloïde du cubitus, point d'insertion du ligament latéral interne de l'articulation radio-carpienne est arraché. La tête cubitale a également perdu ses attaches avec la partie interne du radius, et n'est plus maintenue au corps que par quelques faisceaux ligamenteux qui semblent faire partie du ligament antérieur de l'articulation.

Fracture du radius gauche. Comme à droite, la fracture est

oblique de haut en bas, d'arrière en avant et un peu de dehors en dedans et siège à 0,015 millimètres environ de l'interligne articulaire. Le fragment supérieur est également taillé en biseau dans le sens de l'obliquité de la fracture, et son bord supérieur pénètre dans le fragment inférieur à tel point que la surface articulaire du radius est étoilée et divisée en plusieurs fragments. Le ligament triangulaire est intact, et a conservé ses rapports normaux ; il est légèrement détaché du cubitus. La tête cubitale reste adhérente au radius, et son apophyse styloïde n'est pas arrachée.

REFLEXIONS. Les deux fractures que nous venons d'étudier représentent la fracture classique de l'extrémité inférieure du radius, telle qu'elle est produite par la chute d'un lieu élevé sur la paume de la main. Dans ces cas, il y a toujours pénétration et la fracture est souvent articulaire comme le démontrent nos deux pièces anatomiques. C'est dans ce cas également que l'on trouve la mobilité et la crépitation ; il y a un véritable broiement du fragment inférieur.

Dans les deux fractures que nous avons présentées et dans celles que nous avons produites expérimentalement à l'amphithéâtre de Clamart par un simple mouvement d'extension forcée, nous avons toujours trouvé une obliquité très-manifeste des fragments de haut en bas et d'arrière en avant. Dans une seule de nos expériences, la fracture a été transversale, mais dans ce cas nous avons affaire à un véritable décollement épiphysaire chez une jeune fille de 17 ans ; on sait que chez les enfants la fracture est toujours transversale.

Voillemier et Nélaton sont d'accord pour dire que l'obliquité de la fracture du radius est rare et que dans la très-grande majorité des cas, le trait de la fracture est transversal.

Goyrand, d'Aix et Diday après lui, soutiennent l'opinion contraire et ne craignent pas de dire que 19 fois sur 20 les fractures du radius sont obliques de haut en bas et d'arrière en avant. On s'explique facilement cette divergence d'opinions sur un fait purement anatomique, en raison de la rareté de l'examen anatomique des fractures du radius non encore consolidées.

Terminons enfin en faisant remarquer que la dissection de nos fractures accidentelles et expérimentales nous a permis de constater l'intégrité du ligament antérieur de l'articulation radio-carpienne.

Dans toutes, nous avons observé que le trait de la fracture siègeait immédiatement au-dessus de l'insertion de ce ligament, c'est donc un véritable arrachement de la surface articulaire radiale que nous avons observé. En un mot il nous semble résulter de l'examen anatomique de toutes nos fractu-

res que c'est bien par le mécanisme de l'arrachement décrit par Lecomte, qu'elles se sont produites. La pénétration, ou plutôt le broiement, que nous avons observé n'est qu'un fait secondaire. Pour nous la pénétration ne peut se faire qu'autant que la fracture s'est produite; elle ne peut être considérée comme un mécanisme de la fracture du radius, mais bien plutôt comme une conséquence possible de cette fracture. Sans doute, ces deux temps de la fracture: arrachement et pénétration que nous isolons par la pensée, se produisent presque instantanément. Mais cette division en deux temps de la fracture du radius existe réellement et mérite d'être conservée. Et cela est si vrai, que nous retrouvons en clinique la distinction anatomique que nous faisons en ce moment.

Dans certains cas, en effet, le poignet ne présente aucune déformation appréciable; il n'y a pas de déviation en dehors de l'axe de la partie inférieure de l'avant-bras; on ne constate absolument qu'un peu de gonflement de la région, et le seul élément de diagnostic quelquefois n'est purement et simplement qu'une douleur vive perçue par le malade lorsqu'on appuie en arrière, sur la face dorsale de l'avant-bras à 0,015 mm. environ de l'interligne articulaire. Dans ces cas où il n'y a pas de déformation, il n'y a eu que simple arrachement sans pénétration de l'extrémité inférieure du radius. Nous voulons bien admettre que ces cas ne sont pas les plus fréquents, mais ils existent et ils méritent d'être signalés.

D'autres fois au contraire, la déformation du poignet est considérable, la déviation en dehors est très-marquée, l'apophyse styloïde est remontée; dans ces cas, et ils sont certainement les plus nombreux, il y a eu arrachement et pénétration. Nous ne pouvons mieux terminer ces quelques réflexions qu'en rapportant textuellement ce que dit à ce sujet notre excellent maître M. Tillaux dans son traité d'Anatomie topographique: « La fracture indirecte de l'extrémité inférieure du radius se produit toujours et ne peut se produire que par le mécanisme de l'arrachement; cette proposition a pour moi le caractère de l'évidence. »

19. Psammôme de l'arachnoïde ayant causé une hémiplegie persistante, hémiplegie de l'autre côté par ancien foyer hémorragique. — Nouvelle hémiplegie par inondation ventriculaire du côté de la tumeur. — Examen microscopique et discussion de la nature de cette tumeur; par H. C. de BOYER, interne des hôpitaux.

Le 19 avril 1877, entre à l'infirmerie de Bicêtre (service du Dr Bouchard), le nommé C.... (Eugène), âgé de 57 ans. Cet homme, jeune encore, avait été admis à l'hospice en août

1878, pour une hémiplegie double, nous n'avons pas d'autre renseignement car il est actuellement en état d'apoplexie, il a vomé, il gâte. On constate : une contracture ancienne de la main gauche, une paralysie flasque du bras et de la jambe à droite, de la rotation de la tête et des yeux à gauche ; il y a de la paralysie faciale double, cependant elle paraît plus prononcée à gauche, car le malade semble plutôt fumer la pipe de ce côté. L'anesthésie est généralisée, à peine peut-on provoquer quelques mouvements réflexes dans la jambe gauche ; pas de chute des paupières. Accidents convulsifs consistant en agitation, en raideurs tétaniques, pas d'accès épileptiformes. — Pas d'eschare.

20 avr. — Même état. T. 38° 9. — 21 avril : 40° 8, 41° 2; mort le soir.

AUTOPSIE. — Le cerveau est symétrique ; on constate une adhérence prononcée de la dure-mère au lobe pariétal gauche. Cette membrane est creusée en godet et reçoit une exostose du pariétal gauche, elle est adhérente aux circonvolutions cérébrales et à une tumeur assez volumineuse qui rend compte de l'ancienne hémiplegie du côté droit ; en enlevant le cerveau une quantité assez considérable de sang s'échappe, il y a irruption d'une hémorragie dans le ventricule latéral du côté gauche dont la paroi est rompue au niveau du corps strié (noyau caudé) ; cette hémorragie est abondante, elle est située dans la région postérieure de la capsule interne, a détruit la capsule dans toute sa longueur, a causé un foyer comblé en partie par des caillots dont l'abondance a refoulé en bas et en arrière la couche optique, énucléé en quelque sorte ces ganglions. On retrouve de nombreux anévrysmes milliaires tant dans le foyer même que dans la paroi blanche piquetée qui l'entourne. Ces anévrysmes examinés au microscope présentent les lésions classiques de l'hémorragie cérébrale, celui qui occupe le centre du foyer est développé sur l'artère même de l'hémorragie cérébrale, ce que l'on constate aisément après macération du caillot dans l'eau ; à droite, on trouve une ancienne cicatrice ocreuse, verticale, siégeant dans la capsule externe et la 3^e partie du noyau lentriculaire dans la région de l'hémiplegie et de l'hémi-anesthésie ; on se rend compte par ce foyer de l'ancienne hémiplegie gauche et de la contracture du bras de ce côté. La moelle semble normale ; les reins sont sclérosés, le poumon est sain, le cœur est assez volumineux : Il existe sur le tibia gauche une saillie que l'on avait prise au premier abord pour une exostose, ce qui eût aidé pour le diagnostic de la tumeur ; en sciant l'os verticalement, on voit que le canal médullaire est oblitéré et que c'est le cal d'une ancienne fracture en V.

Les lésions observées rendent donc bien compte des trois hémiplégies qu'a présentées le malade. L'hémorragie récente à gauche a causé l'hémiplégie droite et la mort, la contracture à gauche a été causée par un ancien foyer hémorragique à droite, et l'ancienne hémiplégie droite dépendait de la tumeur qui siège à gauche.

Examen de la tumeur. C'est une masse régulière, arrondie, du volume d'un œuf, adhérente à la dure-mère sans en dépendre, creusée d'un godet à sa surface; elle repose sur la pie-mère, elle ne dépend pas du cerveau dont elle ne fait que refouler les circonvolutions sans les envahir; elle paraît peu vasculaire; à son niveau les vaisseaux venus de la pie-mère forment des anses récurrentes d'où ne partent pas de ramuscules propres à la tumeur. Elle empiète sur la face externe de l'hémisphère gauche en masquant le haut de la frontale ascendante, presque toute la pariétale ascendante et une partie du lobule pariétal inférieur, elle cache aussi la terminaison de la scissure de Sylvius (branche horizontale externe). Sur la face externe de l'hémisphère elle déborde en hauteur le lobe pariétal, mais ne le masque pas, elle l'a étalé au contraire et contribue à augmenter sa hauteur apparente. Dans la profondeur il n'y a pas de relations entre l'hémorragie signalée et la tumeur qui reste séparée de la zone congestive par une épaisseur de quelques millimètres de tissu cérébral sain; la rupture vasculaire n'a donc pu être causée par une congestion due au voisinage de la tumeur. A la coupe, la tumeur est homogène, granuleuse sans suc, mais donnant un produit de râclage: elle est grise, présente à peine quelques pertuis vasculaires; n'est pas entourée par une coque fibreuse, est absolument extra-cérébrale et il ne serait pas difficile de l'énucléer sans altérer le tissu cérébral qui en reste séparé par un lacis fibro-vasculaire, vestige de la pie-mère atrophiée.

La tumeur est unique; développée entre la pie-mère et la dure-mère, non ramollie, elle n'a pas causé de pertes de substance osseuse, elle s'est accrue lentement comme l'indique l'exostose du pariétal, elle est comme arenacée, surtout après durcissement, c'est donc un *psammôme*. *Examen microscopique*; le produit de râclage de la tumeur ne contient qu'une quantité innombrable de petites productions sphériques, libres ou réunies en groupe dans une enveloppe commune. Ces corpuscules sont formés de couches concentriques, feuilletées disposées autour d'une masse centrale opaque, irrégulièrement festonnée; une zone externe, translucide, réfringente, comme hyaline, anhyste enveloppe chacun de ces corps, il n'est pas rare d'en rencontrer quelques-uns de fort volumineux présen-

tant des zones alternativement claires et opaques. A la lumière réfléchie ces corpuscules sont chatoyants, à la lumière polarisée ils se présentent par les croix obscures des grains d'amidon, cependant quelques-uns d'entre eux, en fort petit nombre à la vérité, se colorent en bleu intense par l'action successive de l'eau iodurée et de l'acide sulfurique. Les acides éclaircissent le centre de ces éléments et l'acide sulfurique en particulier détermine la production de cristaux aciculés de sulfate de chaux sans dégagement de gaz ; le centre de la production est donc occupé par un produit calcifié autre que du carbonate de chaux.

Par la fuschine et l'éosine on colore nettement ces corpuscules, sauf cependant leur zone externe qui ne prend qu'une teinte rosée.

A la coupe la tumeur présente un stroma fibrillaire nettement conjonctif et quelques vaisseaux assez volumineux ; le nombre des corpuscules ainsi observés est très-considérable, la tumeur ne contient presque pas autre chose. Je n'ai pu constater la continuité de ces grains avec les vaisseaux, comme le voudrait la théorie de MM. Cornil et Ranvier sur le sarcome angiolithique. Du reste on ne trouve nulle part de pédicule adhérent à ces grains dont la surface lisse correspond à un volume absolument sphérique ; par la pression on détermine l'éclatement de ces masses qui se séparent en segments nettement distincts. Dans le liquide de la préparation en entretenant un courant léger on observe des éléments figurés membraniformes pourvus d'un ou de plusieurs noyaux, qui se présentent tantôt de face, tantôt de champ et rappellent ainsi l'aspect des grandes lamelles plates du tissu conjonctif.

RÉFLEXIONS. — Il est assez difficile de préciser exactement, croyons-nous, la nature de cette tumeur. Il n'en est pas fait mention dans Förster ; Rindfleisch signale « à titre de curiosité pathologique » de telles tumeurs qu'il considère comme aussi innocentes qu'une verrue, il en fait des cholestéatomes, variété d'épithéliome que nous désignons sous le nom de perlé et dont la rareté est signalée par MM. Cornil et Ranvier : Rindfleisch se rattache ainsi aux théories exposées par M. Robin en 1869 dans son mémoire sur l'épithélioma des séreuses (Journal de l'Anatomie, etc.) ; il fait de ces tumeurs une espèce voisine de l'épithéliome myxomateux à grains perlés ; c'est un peu aussi la conclusion de M. Lancereaux, qui les décrit sous le nom d'*endothéliomes* dans son récent traité d'anatomie pathologique ; les figures de cet auteur tant dans l'ouvrage précité que dans son atlas d'anatomie pathologique sont identiques aux préparations de la tumeur que nous présentons (pl. XLVI, XLII). Pour ces auteurs la tumeur serait donc distincte de l'épithéliome

pour *Virchow* au contraire. (T. II. traduct. Picard p. 105) l'élément conjonctif serait prédominant. Un des cas de *Virchow* est identique comme siège à celui qui fait l'objet de cette communication, et avait de même causé une exostose pariétale.

Allant plus loin que *Virchow*, MM. *Cornil* et *Ranvier* considèrent ces tumeurs comme des *sarcomes angiolithiques*: « *Sarcomes mous, faciles à écraser, sans suc, de couleur grise, plus ou moins opaques, entourés par une coque fibreuse surtout quand ils siègent dans la dure mère* ». Ce dernier caractère a complètement manqué sur la pièce que nous présentons. Cette opinion est aussi celle soutenue par M. *Charcot* dans les archives de physiologie T. I, 1869, p. 295, à propos d'une tumeur aréolaire de la moelle ayant causé une hémiparaplégie; divers présentateurs ont eu l'occasion d'étudier ces tumeurs devant la Société, entre autres MM. *Bouchard*, *Laçrouzilles*, *Hayem* et MM. *Prévost* et *Vulpian*; ces auteurs ont, surtout M. *Bouchard*, insisté sur la nature épithéliale de ces tumeurs, mais je dois dire que dans le cas qui nous occupe M. *Bouchard*, dans le service duquel est mort le malade, croyait devoir se ranger à la théorie de sarcome angiolithique; s'il nous était permis de donner une opinion après celles des savants que nous citons plus haut, nous dirions que dans le cas particulier la tumeur semblerait plutôt venir à l'appui des faits qui ont permis de faire de certains psammômes des cholestéatomes, il nous semble que ces globes sont formés de cellules concentriques calcifiées au centre, soudées en une masse hyaline à la périphérie et que les vaisseaux du stroma de la tumeur ne sont pas en relation de continuité avec les masses sphériques dont elle est principalement formée.

30. Abscès du foin. — Dysenterie chronique de nos pays. — Difficultés du diagnostic; par M. Ferdinand DREYFOUS, interne des hôpitaux.

D..., 28 ans, plombier, malade depuis longtemps, arrive dans un assez piteux état, le 17 mars 1877. Depuis longtemps il a un écoulement de l'oreille gauche. A 10, 11 ans il eut des douleurs rhumatismales au genou.

Il n'a jamais voyagé, *jamais n'a habité les pays chauds*. Aucun antécédent de tuberculose.

L'an dernier il a fait ses 28 jours et en est revenu fatigué.

Toutefois il était bien portant lorsque au mois de janvier de cette année, il fut soigné par un médecin des environs de Paris (Suresnes). Le 12 janvier, il ressentit des douleurs de ventre qui ne paraissent pas à cette époque avoir été accompagnées de diarrhée. En effet le médecin, en raison de sa pro-

fession, crût à des coliques de plomb, lui fit des injections de morphine, et ordonna des purgatifs. A la suite de ce traitement il serait entré en convalescence dans le mois de février. Toutefois il aurait pris pendant ce mois jusqu'à dix-sept purgatifs. Sa maladie de foie, pour le praticien et pour lui, aurait commencé au mois de mars. A cette époque il a ressenti un violent point de côté à droite (au flanc et au côté droit). Depuis cette époque, dès le lendemain, les selles dysentériques auraient apparu et il rendit dans ses selles « des râclures de boyau ». Jamais il n'a eu de frisson, jamais de jaunisse. On lui mit un vésicatoire au côté droit, et le diagnostic porté fut :

Dysenterie chronique; hépatite. Sur ces entrefaites, n'ayant pas d'amélioration, il se décida à entrer à l'hôpital : il était alors dans l'état suivant :

Etat actuel, 17 mars 1877. Amaigrissement considérable (une vingtaine de livres). Face pâle, jaune, cachectique. Fièvre tous les soirs. Anorexie sans inappétence complète : selles fréquentes et peu abondantes avec coliques intestinales.

Voix intacte. M. Audhoui, l'ausculté, trouve la respiration pure. Le foie est considérablement augmenté de volume : il débordé les fausses côtes : il est douloureux à ce niveau à la pression de la main, bien que la matité remonte assez haut, dans la cage thoracique.

En présence de ces symptômes M. Audhoui qui avait déjà vu post mortem une hépatite suite de dysenterie de nos pays, accepte le diagnostic du praticien. « *Hépatite suite de dysenterie chronique.* » *Traitement : Calomel 0 gr. 50 c. deux fois aujourd'hui.*

18 mars. Ses selles se composent de glaires : elles contiennent du sang pur, des débris sanglants et comme charnus qui nagent dans un liquide rouge-brun ressemblant à de la lavure de chair. Il dit avoir fait une vingtaine de selles hier, un degré.

20 mars. Un gramme de calomel. A la percussion du foie on trouve : hauteurs (verticales).

A l'extrémité interne de la clavicule....	22 cent.
— externe —	25
Ligne axillaire.....	19
Ligne verticale postérieure.....	16 à 17

On voit donc que la ligne de niveau paraît être une courbe à convexité supérieure, ce qui confirme dans l'opinion d'une affection du foie. Les symptômes généraux font penser à la suppuration : fièvre tous les soirs. Teinte pâle de la face, d'un blanc jaunâtre cireux, se rapprochant de la teinte de la

pyohémie plutôt que de celle des phthisiques. Sueurs la nuit.

Douleur tantôt à gauche tantôt à l'hypochondre droit. Il se couche sur le côté gauche, et ne peut pas, dit-il, se coucher sur le côté droit, à cause de la douleur.

22 mars. Ce matin la douleur est plus circonscrite au dixième espace intercostal droit en un point limité. — Hier ans une des selles était un ascaride lombricoïde.

22 soir. Douleurs lancinantes à gauche. Toujours de violentes coliques, continues ; selles nombreuses, la nuit toutes les heures, le jour toutes les deux heures : on y trouve du sang et des débris d'apparence charnus.

23 mars. 1/4 de lavement au nitrate d'argent qui n'a pu être gardé.

Depuis une heure, douleur atroce, très-vive, au côté droit, lancinantes (coups de couteau), injection de morphine.

24, matin. A fait ce matin une selle composée de matières fécales liquides mêlées de sang et de glaires. — Pilules de diascordum et bismuth. Ce soir il a encore eu une selle semblant à des crachats. — *En outre la douleur de l'hypochondre droit est telle que le malade est obligé de s'arrêter en parlant pour respirer*, et qu'il a une insomnie presque continue. Il ne mange pas et transpire abondamment la nuit.

25 mars. Encore cinq ou six selles.

26 mars. N'a pas eu de selle dans la journée ni la nuit ; mais ce matin les selles dysentériques ont reparu. A deux heures du soir il prend du laudanum qui arrête la diarrhée : mais les coliques persistent.

28 mars. La diarrhée a repris ce matin. Vin. — Viande crue. — 40 gouttes de laudanum.

29 mars. Aussitôt qu'il prend du laudanum sa diarrhée s'arrête. Transpire la nuit de tout son corps ; sa tête est couverte de sueurs et ses cheveux sont tout humides.

30 mars. Les sueurs abondantes lui sont si pénibles qu'elles l'empêchent de dormir.

1 avril. On essaie le tannin 0 g. 20 contre les sueurs profuses.

2. Elles paraissent un peu moindres.

4. La diarrhée est moindre (viande crue et laudanum) ; mais il sue toujours. On veut essayer du régime lacté pur.

6. La diarrhée a reparu : l'eau de chaux qu'on ajoute au lait ne l'empêche pas de continuer.

8. Moins de sueurs.

15. Moins de diarrhée.

20 avril. On réexamine l'hypochondre droit : la tumeur fait saillir les côtes ; il n'y a pas d'œdème de la paroi ; la matité décrit une courbe à concavité inférieure en arrière ; et à la

base du thorax, du côté droit, en arrière, on trouve une absence complète des vibrations et la disparition du murmure vésiculaire. Pensant donc avoir affaire à une collection purulente dans le foie, M. Audhoui se décide à faire une *ponction exploratrice*.

21. Elle est pratiquée le 21 avec un trocart très-fin, l'aiguille la plus fine de l'appareil Potain, et ne donne issue *qu'à quelques gouttes de sang*.

25. Douleurs violentes à l'hypochondre droit — injection de morphine. Diarrhée — *fièvre intense*.

2 mai matin. L'état général est toujours déplorable; le malade épuisé par la diarrhée, les sueurs, ne se nourrit pas. Un nouvel examen de l'hypochondre droit fait penser à un *épanchement pleural*. La voussure est considérable: la matité « *tanquam percussus femoris* » remonte jusqu'au 4^e espace dans l'aiselle, et remonte très-haut en arrière. Il n'y a *pas de tumeur*, ni de saillie nette du côté de l'abdomen.

Enfin la matité nous semble diminuer ou disparaître pour reparaitre ensuite, lors des changements de position du malade.

Hauteur de la matité	{	dans l'aiselle.....	23 cent.
		près de la colonne vertébrale.	17 cent.

Une nouvelle *ponction* est décidée; on la fait dans le 8^e *espace intercostal* en employant le trocart moyen de l'appareil Potain. Les deux premiers demi-litres de liquide aspiré sont d'une couleur brun-rouge (couleur de chocolat à l'eau); le dernier demi-litre est un liquide très-épais, moins rouge et plus purulent, d'un jaune verdâtre, ressemblant à de la purée de pois, et qui sort difficilement.

Pendant la *ponction* le malade est gêné, parce qu'il est obligé de rester appuyé sur son côté gauche un certain temps. En le percutant on trouve une différence très-nette.

Hauteur de la matité	{	dans l'aiselle	15 cent.
		dans le dos..	16 cent.

On fait ensuite l'injection d'un premier litre d'eau faiblement additionnée de teinture d'iode qu'on aspire; pour en injecter ensuite un deuxième, puis un troisième, puis un quatrième. En aspirant le 3^e litre, le pus avait reparu; après la dernière injection, le liquide sort clair et transparent.

En percutant après la 2^e injection, je constatai un *bruit hydroaérique* très-net dans l'aiselle. — A la fin de l'opération,

il avait disparu et la sonorité de la poitrine dans l'aisselle et en avant était normale.

M. Hayem qui a bien voulu examiner le liquide qu'on avait aspiré, n'y a trouvé que des globules de pus. Pour lui ce liquide a les caractères du pus d'ancienne date, quel qu'en soit le siège. T. après l'opération 37°, 2. Traitement — potion de Tood.

Soir. Le malade se sent amélioré; il est faible, et la rougeur de ses pommettes contraste avec la pâleur de son visage; les pupilles sont très-dilatées. T. 38°, 4, P. 92, R. 24. Le foie ne débordé plus les côtes; le murmure vésiculaire s'entend en avant et en arrière, affaibli, mais très-apprécié. Depuis quelques jours le malade est *devenu sourd de l'oreille droite*.

3 mai. Il n'a pas transpiré, demande à manger, mais la diarrhée a encore paru hier et ce soir il rend dans ses selles une sorte de caillot sanguin aplati en forme de membrane; ventre ballonné. Surdité, bourdonnements d'oreilles. *Poumons*: frottements dans l'aisselle; souffle doux à la base et en arrière, râles vibrants en avant.

Soir. Il eut dans la journée un accès d'oppression, accompagnée d'une vive douleur au côté droit.

T. 38°, 8; P. 116; R. 32.

4 mai. Même état 37°, 8; P. 100; R. 20.

Soir 39°, 8; P. 108; R. 32.

5 mai. Soir 39° — 104; R. 28.

6. Soir il mange et se trouve mieux.

T. 39°, 5;

7. — T. 38°, 8; P. 100; R. 20. Œdème des membres inférieurs.

8. — 39°, 2; P. 116; R. 32.

9. — 38°, 8; P. 100; R. 24.

10. — 39°, 4; P. 116; R. 28 face bouffie.

11. — 39°; P. 108; R. 20

12. — 38°, 8; P. 104; R. 32.

13. T. Ax. 39°, 4.

14. T. Ax. 39°, 3.

Depuis longtemps déjà le malade a de temps à autre des accès d'oppression très-pénibles et qu'on calme à peine par l'application de sinapismes et l'administration du sirop d'éther. Il a toujours 2 ou 3 selles par jour: le poulx est petit; et l'état général est déplorable.

15. En présence de ces symptômes et surtout de la reproduction de l'épanchement, on se décida à agir à nouveau. En effet les sueurs et la fièvre persistaient. La voussure en arrière, la matité dans l'aisselle avaient reparu: cette dernière occupait *juste en arrière le même niveau* qu'autrefois lors de la

première ponction. On entend en arrière un souffle lointain par endroit, tubaire par moment. (Son existence paraît plaider en faveur de la pleurésie). En avant le foie déborde moins les fausses côtes que lors de la première ponction : la matité commence au 3^e espace intercostal droit et descend jusqu'à trois travers de doigt au-dessous du rebord costal.

Sous la clavicule on entend la respiration soufflante avec expiration prolongée à droite, et un retentissement très-fort des battements du cœur. T. 37°, 4; P. 70; R. 28. On fait une *nouvelle ponction* sur la *ligne axillaire dans le même espace intercostal*. On retire un litre et demi de pus légèrement sanguinolent, mais verdâtre, encore épais. On fait ensuite trois injections faiblement iodées, puis une quatrième plus fortement iodée. À la fin, en aspirant ce dernier liquide, on retire encore des grumeaux purulents. Soir: T. 38°; P. 96; R. 24. Le malade se trouve mieux — la matité a diminué de hauteur. — Souffle à la base du poumon droit et *égophonie vraie; pas d'égophonie aphone*. En présence de cette deuxième opération qui, comme la première, a donné issue à du pus, l'opération de l'empyème est décidée en principe il ne reste qu'à fixer le jour.

16, soir : T. 39°; P. 104; R. 24. A eu vers 3 heures un accès d'oppression.

17. Quelques nausées; oppression violente; les selles dysentériques continuent.

18. Journée un peu meilleure; toujours des accès d'étouffement.

19. Même état.

20 matin. Le malade se plaint de gêne pour avaler : il a du muguet. A la percussion, en avant : il y a de la *submatité sous la clavicule droite*, c'est-à-dire à un endroit où jusqu'ici il n'y en avait jamais eu, puis matité dans toute la hauteur. En arrière la matité remonte jusqu'à 2 ou 3 centimètres de l'épine de l'omoplate. Murmure vésiculaire lointain, pas de pectoriloquie aphone. En somme ce qui nous frappe *c'est la rapidité de la reproduction du liquide* dans la plèvre.

21 matin. A l'auscultation souffle amphorique à la base du thorax, et à la partie antérieure.

La dernière ponction datait du 15; en cinq jours l'épanchement s'était reproduit, l'état général n'avait fait que s'aggraver; il avait apparu du muguet; le malade est un peu écorché à la région sacrée. Il n'y avait pas de temps à perdre. M. Guérin fut appelé pour pratiquer l'opération de l'empyème. Le malade fut placé sur le côté sain; on choisit *l'espace intercostal où avaient été faites les deux ponctions*. M. Guérin arrive sur la plèvre, l'incise. Et quel n'est pas notre étonnement de

voir sortir du liquide *séreux*, un peu louche, mais sérofibrineux.

Mardi dernier, nous plaçant au même espace (un peu plus en avant, il est vrai) nous retirions du pus dense, difficile à aspirer. Et aujourd'hui il s'échappe par l'incision un liquide séreux. Nous devons avoir à l'autopsie l'explication de ce fait bizarre et malheureux. Quoi qu'il en soit, un tube à drainage est laissé à demeure, puis un pansement ouaté appliqué sur la poitrine.

Soir. Il souffre dans le ventre et au creux épigastrique; grande gêne respiratoire; facies très-altéré. *Traitement*: rhum, bagnols; opium 0 gr. 05.

22 *matin*: le pouls n'est pas trop petit; mais il y a des intermittences de temps à autre. Se plaint toujours du ventre et de la gêne respiratoire qu'il attribue au pansement.

23. Il répond avec difficulté, ne veut pas être changé de position; bouche sèche, dents noires, fuligineuses; prostration profonde.

24. Mort dans la matinée.

AUTOPSIE faite le 25 mai 1877.

Thorax: La moitié droite du thorax est diminuée par la présence d'une tumeur sous-diaphragmatique qui refoule le poumon droit. Les deux *poumons* sont sains; il y a seulement de la splénisation aux deux bases; le poumon droit considérablement diminué offre quelques adhérences au diaphragme.

La plèvre pariétale droite est rouge, vascularisée: il n'y a pas de liquide dans la cavité (le liquide a été évacué au moment de l'empyème); elle offre en un mot les lésions qui se rapportent à une pleurésie sérofibrineuse récente.

Si l'on considère les points où ont été faites les ponctions, et celui où a été pratiquée la pleurotomie, voici ce que l'on constate: Les deux piqûres ont été faites *dans le 8^e espace intercostal* droit, l'une plus en avant, l'autre plus en arrière. L'aiguille a dès lors pénétré dans le cul-de-sac costodiaphragmatique. Elle a alors pénétré dans la tumeur sous-diaphragmatique en traversant le feuillet pleural, le diaphragme, puis le péritoine, et enfin le foie. A ce moment, si nous nous en rapportons aux phénomènes cliniques, il n'y avait pas encore d'épanchement pleural, et les plèvres sous-diaphragmatique et costale étaient étroitement appliquées l'une contre l'autre. Au contraire, lors de l'empyème, ces deux feuillets étaient séparés par une *couche* de liquide interposé.

Cœur: normal. — Péricarde très-mince au point de laisser apercevoir le cœur par transparence.

Cavité abdominale. A la surface des anses intestinales se voient des produits pseudo-membraneux verdâtres encroûtés

de pus. La cavité péritonéale contient un liquide louche : de plus dans la fosse iliaque droite et le petit bassin on trouve du vrai pus liquide ; phlegmoneux ; le feuillet pariétal est très-épaissi et recouvert de fausses membranes.

Viscères : L'estomac n'a rien de particulier ; l'intestin grêle n'offre pas d'ulcération. C'est surtout le *gros intestin* qui offre des altérations importantes. D'abord les parois sont considérablement épaissies et ses différentes tuniques, infiltrées, se distinguent facilement par une section longitudinale de l'intestin. La couche musculaire, et la couche celluleuse sous-muqueuse, grisâtre ont chacune près de 3 millimètres d'épaisseur. Enfin la muqueuse offre des altérations intéressantes à la face interne du cœcum et au milieu du colon transverse.

Partout ailleurs jusqu'à l'anus les parois sont seulement épaissies. Nous décrirons les altérations du cœcum qui sont les plus marquées : toute la muqueuse est ulcérée ; elle est littéralement couverte d'*ulcérations* de profondeur et de dimensions variables, mais de forme et de direction toujours les mêmes. Toutes sont arrondies, à bords taillés à pic ; toutes ont leur grand diamètre transversal. Les plus petites ont les dimensions d'une pièce de 0, 20 centimes ; les plus grandes ayant jusqu'à 2 centimètres de longueur. Le fond est formé soit par la celluleuse grisâtre et sphacélée, soit par les fibres musculaires circulaires, nettement visibles, soit enfin par le péritoine lui-même. Souvent le fond de l'ulcère est recouvert ou par du pus concret qui se détache facilement, ou par une pseudo-membrane grisâtre. Les parties qui entourent l'ulcère sont en général pleines ; les ulcérations les moins avancées sont entourées d'un bourrelet muqueux circulaire. Il ne reste guère de muqueuse saine dans le cœcum. Et les bords des ulcérations sont en même temps en rapport avec trois ou quatre ulcérations contigües. Les altérations se prolongent dans le colon ascendant sur une hauteur de six centimètres. — Enfin l'appendice du cœcum n'est qu'une surface suppurante ; sa cavité est pleine de pus grisâtre. Il est impossible d'y distinguer les altérations de chaque tunique. (Pas d'ulcérations dans le rectum.)

Rappelons que la péritonite était surtout marquée dans la fosse iliaque droite. Tous les ganglions, mésentériques, sous-hépatiques, ceux qui avoisinent le cœcum, ceux du petit bassin sont tuméfiés.

Reins : pâleur, anémie ; pas de dégénérescence amyloïde.

Rate : rien à noter.

Foie. Le foie occupe l'hypochondre droit qu'il déborde en bas ; il occupe l'épigastre et l'hypochondre gauche. Mais surtout il remonte du côté du thorax. Au-dessous du diaphragme on sent

une collection liquide, rénitente, mais très-bétement fluctuante, ayant le volume d'un œuf d'autruche, recouverte par le centre aponévrotique. On peut donc penser soit à une périlonite circonscrite (thèse de Foix), soit à un abcès du foie.

Une ponction pratiquée avec précaution donne issue à un litre de pus phlegmoneux. Enfin, une incision suivant la hauteur du foie, permet de reconnaître le siège et les rapports de l'abcès. C'est une véritable poche kystique, de toutes parts limitée par une membrane blanchâtre. Lisse à sa face adhérente, où elle est en rapport avec le tissu hépatique, elle est au contraire tomenteuse à sa face libre, et donne insertion à des débris pseudo-membraneux dont quelques-uns ont une longueur de 5, 6 centimètres, et qui rappelleraient le contenu de certains kystes hydatiques suppurés. D'une façon générale la poche est régulièrement arrondie. On peut cependant distinguer une paroi inférieure en rapport avec le tissu hépatique proprement dit, une face supérieure dont l'épaisseur, en certains points, est moindre d'un centimètre, et qui cependant est formée de dedans en dehors par les couches suivantes :

1° Membrane kystique ; 2° une mince couche de tissu hépatique ; 3° le péritoine (ses deux feuillets adhérents) ; 4° le diaphragme ; 5° la plèvre ; le tout intimement soudé. Quant au tissu du foie, qui entoure la poche, il est refoulé, aplati, comprimé. Pas de pus dans la veine porte.

REFLEXIONS. — Avait-on là un kyste suppuré ou un abcès ? L'existence de la membrane kystique, l'aplatissement du tissu hépatique voisin parlaient en faveur de la première opinion.

La clinique pouvait-elle juger le différend ? La dysenterie et l'hépatite avaient apparu en même temps. Mais l'existence seule de la dysenterie n'est-elle pas un argument en faveur de l'abcès du foie, sans admettre l'existence d'un kyste hydatique qui aurait coïncidé avec la dysenterie ?

Nous demandâmes à l'histologie de nous éclairer à son tour. Voici la note qu'a bien voulu me remettre mon excellent ami M. Chambard.

La pièce à examiner consiste en une portion de la paroi de l'abcès excisée au niveau de la région du foie qui était adhérente au diaphragme. Après durcissement dans l'alcool, la gomme et l'alcool, des coupes sont pratiquées normalement à la surface de l'organe, colorées par le picro-carminé d'ammoniaque et conservées dans la glycérine additionnée de 10/100 de cette matière colorante.

A. — *Vue d'ensemble.* — A un faible grossissement, Ocul. i, obj. 2. Hartn. permettant de voir l'ensemble de la prépar-

tion, on constate que celle-ci présente en procédant de dehors en dedans les cinq plans suivants : 1° la séreuse pleurale diaphragmatique ; 2° le diaphragme ; 3° le tissu hépatique qui, même à ce grossissement paraît considérablement altéré ; 4° une membrane fibreuse, membrane enkystante de l'abcès ; 5° une couche granuleuse qui repose à l'endroit pultacé et friable qui revêtait les parois de la cavité remplie de pus.

B. — *Analyse des préparations.* — 1° Plèvre diaphragmatique. Rien de particulier. Légère infiltration de cellules lymphatiques autour des fentes lymphatiques.

2° *Section transversale du diaphragme.* — Les faisceaux musculaires apparaissent coupés en travers. Aucune altération ; ni des parois qui les constituent, ni du tissu conjonctif qui les sépare.

3° *Foie.* — La lame de tissu hépatique qui sépare l'abcès du diaphragme est assez mince. Son épaisseur est d'environ un centimètre. A un faible grossissement on voit déjà les résultats de la compression excentrique qu'elle a dû subir : Les espaces interlobulaires notablement agrandis sont allongés dans le sens de la surface de l'organe, il en est de même des lobules qui ont perdu toute forme distincte et n'apparaissent plus que comme des traînées plus foncées, parallèles entre elles et dirigées dans le même sens. Cet aplatissement des lobules hépatiques est porté à son maximum dans les régions les plus voisines de la membrane fibreuse enkystant l'abcès.

Ces différences de degré de l'altération subie pas le parenchyme hépatique, selon qu'on l'observe immédiatement au-dessous du diaphragme ou au voisinage de la collection purulente, nous oblige à l'étudier dans ces deux conditions.

A. — *Parenchyme hépatique loin de l'abcès.* — Les espaces interlobulaires sont considérablement agrandis et entièrement formés de tissu fibreux. Ils sont aplatis et dirigés dans le sens que nous avons indiqué. On y trouve la division interlobulaire de la veine porte et de l'artère hépatique ainsi que de nombreuses divisions de conduits biliaires interlobulaires très-apparents et même un peu dilatés et dont le revêtement épithélial est intact. Les lobules sont également aplatis dans leur ensemble. Leur veine centrale a disparu. Les capillaires sanguins interlobulaires qui n'offrent plus de direction déterminée sont considérablement dilatés et remplis de sang. Les cellules hépatiques sont aplaties, atrophiées, leur noyau a cessé d'être visible. Sur un grand nombre de points, la dilatation des capillaires interlobulaires poussée à l'extrême a provoqué une atrophie presque complète des cellules hépatiques qui leur sont interposées. En cet endroit la lésion ressemble à celle qui peut être observée dans les foies muscades très-avancés.

B. — *Parenchyme hépatique près de l'abcès.* — Dans cette région la distinction entre les lobules et les espaces interlobulaires ne peut plus être reconnue. Le tissu hépatique ne consiste plus qu'en trainées irrégulières de cellules très-aplaties et presque méconnaissables, séparées par des fibres conjonctives. Cette région est parcourue par des trainées fibreuses dans lesquelles on retrouve intactes les branches de la veine porte et de l'artère hépatique ainsi que de nombreux canaux biliaires parfaitement conservés.

4° *Membrane enkystante.* — Se continue insensiblement avec la zone hépatique forme des lames conjonctives parallèles séparées par des lits de cellules plates, elle se rapproche du type de tissu conjonctif dit engérinant.

5° *Zone granuleuse.* — Au fur et à mesure qu'on se rapproche de la cavité de l'abcès on voit des fibres conjonctives de la membrane précédente devenir plus minces et les cellules plates qui les séparent se gonfler et tendre à devenir globuleuses. Bientôt entre les fibres conjonctives dissociées apparaissent de nombreuses cellules lymphatiques et une matière granuleuse ; la partie de la zone granuleuse qui était en contact avec le pus est formée de fibres conjonctives rares et toutes fines et dissociées par une matière grenue, très-riche en cellules lymphatiques.

Résumé et définition histologique. — La pièce examinée fait partie des parois d'un abcès du foie *actuel* quelle qu'ait été primitivement la nature et la composition du liquide que contenait la cavité que limite cette paroi. Ce liquide, examiné peu de temps après l'autopsie ne contenait ni membranes hydatiques, facilement reconnaissables, ni crochets d'échinocoques.

La zone la plus interne des préparations représente la section d'une membrane fibreuse qui entourait et enkystait la collection purulente. Les régions internes de cette zone sont le siège d'un processus irritatif qui tend à faire revenir à l'état embryonnaire les cellules plates du tissu conjonctif et sont infiltrées de cellules lymphatiques. Cette membrane conjonctive était donc, par la zone interne la source d'une production purulente encore en pleine activité.

En dehors de cette membrane enkystante se trouve le foie qui est le siège d'altérations considérables. La pression qu'il subit de dedans en dehors, aplattit les lobules au point d'effacer leur veine centrale et de rendre leur forme méconnaissable. D'autre part il existe une hépatite interstitielle qui débute par l'agrandissement des espaces interlobulaires et concourt avec le refoulement exercé par la collection purulente à amener l'atrophie des lobules et individuellement des

cellules qui les constituent. Enfin les lobules sont le siège d'une congestion capillaire, énorme en certains points, qui a pour conséquence en beaucoup d'endroits la disparition presque complète des cellules hépatiques. Plus en dehors encore se trouvent le diaphragme et la plèvre diaphragmatique qui n'ont subi aucune altération.

RÉSUMÉ. — Les faits intéressants à noter dans cette observation sont relatifs à la clinique, et à l'anatomie pathologique,

Au point de vue *anatomique*, j'insisterai : 1° Sur le siège des ulcérations qui ont pour lieu d'élection le cœcum et non le rectum ; 2° le volume considérable de l'abcès du foie ; 4° la rareté de ces abcès consécutifs à une *dysenterie chronique de nos pays*. M. Audhoui a vu un autre cas de suppuration du foie consécutif à une dysenterie de nos pays. Mais on trouva à l'autopsie de petits abcès multiples, disséminés dans l'épaisseur du foie, et non pas une collection purulente, *volumineuse, unique, bien limitée* ; 4° l'impossibilité de retrouver histologiquement aucune trace de la membrane kystique, dans l'hypothèse d'un kyste hydatique supprimé.

Au point de vue clinique, on doit retirer de ces faits un enseignement pratique important.

Lorsqu'on se décide à faire l'opération de l'empyème, *au moment même* où l'on va faire l'incision, il faut *toujours faire une ponction exploratrice*, alors même qu'on aurait fait la veille une ponction suivie d'évacuation de pus. M. Moutard-Martin signale un cas où Trousseau, sûr du diagnostic d'après les seuls signes rationnels, fit la pleurotomie pour une pleurésie séreuse. Nous avons ici plus que des signes rationnels pour nous faire croire à un épanchement purulent. Et c'est ce qui explique qu'on n'ait pas fait de ponction au moment même de l'opération.

M. HOUEL, met sous les yeux de la société une pièce anatomique déjà présentée par M. Verneuil à la Société de chirurgie.

Il s'agit d'un cas de *spina-bifida*, dans lequel une exostose s'insérant sur le corps et les disques des vertèbres lombaires et ayant la forme d'un fer de lance, fait saillie dans le canal rachidien et divise la moelle sur la ligne médiane. Cette pièce est déposée au musée Dupuytren.

M. PITRES fait une communication sur l'anthracosis des séreuses.

Le secrétaire,
PITRES.

JUIN

Séance du 1^{er} juin.

PRÉSIDENTE DE M. CHARCOT.

4. Abscès du ligament large gauche; pelvipéritonite avec abscess pelvien communiquant avec la vessie; rétrécissement du rectum ; par M. F. BALZER, interne des hôpitaux.

Gad..., âgée de 40 ans, sage-femme, était entrée le 24 octobre 1877, au n° 9 de la salle Saint-Joseph, à l'hôpital Temporaire. Cette malade était donc depuis deux mois à l'hôpital, lorsque M. LÉPINE prit la direction du service le 25 décembre 1876. Les renseignements sur son état antérieur et ses antécédents sont fort incomplets : nous savons seulement qu'elle a eu deux grossesses, suivies chacune d'une pelvipéritonite, et c'est à la suite de la dernière qu'elle est entrée à l'hôpital. On sait aussi qu'elle n'a jamais été bien portante depuis son premier accouchement, et qu'elle a toujours souffert dans le bas-ventre. Au moment où nous l'observons, elle continue à éprouver de temps en temps des douleurs assez vives du côté du petit bassin, mais l'attention est surtout attirée par les symptômes d'une cystite chronique accompagnée d'évacuation considérable de pus. La quantité d'urine est à peu près normale, elle est habituellement rouge, très-fétide, et le dépôt purulent occupe ordinairement dans le vase le tiers de la hauteur du liquide, et présente souvent une teinte brunâtre. La miction n'est pas très-douloureuse, mais elle a lieu fréquemment.

La constipation est très-intense : la malade ne va à la selle qu'avec des purgations légères ou des lavements. Appétit

presque nul. Aucun trouble notable du côté du cœur et des voies aériennes. La malade se plaint de temps en temps de ressentir des douleurs à la partie antérieure des cuisses, sur le trajet du nerf crural. Le ventre est légèrement ballonné, et très-sensible à la palpation dans la région sus-pubienne.

La malade se maintient à peu près dans le même état pendant tout le mois de janvier. La quantité de pus varie quotidiennement dans les urines ; elles conservent toujours la même odeur infecte. Elle prend comme traitement des capsules de térébenthine. L'amaigrissement n'est pas très-marqué et ne paraît s'effectuer qu'avec beaucoup de lenteur. Elle se plaint souvent de douleurs assez vives dans la région lombaire.

27 janvier. La malade ressent dans la journée des douleurs très-vives qui, après s'être fait sentir dans le bas-ventre, envahissent rapidement tout l'abdomen. On apprend que la malade a des frissons depuis trois ou quatre jours. Le faciès est grippé, la langue rouge, les yeux excavés. Plusieurs vomissements de bile dans la journée. Constipation opiniâtre.

28 janvier. Même état. Prescription : frictions sur le ventre avec l'onguent mercuriel belladonné. Eau de seltz ; potion de Rivière. Lavement avec 1 gramme de sulfate de quinine.

29 janvier. Les vomissements ont cessé depuis hier. Le ventre continue à être très-douloureux, complètement inaccessible à l'exploration. La malade a été très-soulagée par une injection sous-cutanée de 0,01 centigramme de chlorhydrate de morphine. On continue le sulfate de quinine.

1^{er} février. La langue est rouge, et présente en plusieurs points les dépôts blanchâtres caractéristiques du muguet. Collutoire au borax.

3 février. Les vomissements recommencent. Apparition de la diarrhée. Le muguet a disparu. L'urine renferme toujours la même quantité de pus ; de plus, on croit apercevoir des parcelles de matières fécales. En examinant un jour une matière jaunâtre, épaisse, semblable à du pus concret, on voit au microscope qu'elle est constituée par une quantité considérable de cristaux d'acides gras.

Les jours suivants, on essaye des injections intra-vésicales avec une solution très-étendue d'acide salicylique : l'injection revient colorée en brun, et entraînant des débris noirâtres semblables à ceux qu'on a déjà observés dans l'urine. Ces injections désinfectent un peu l'urine, mais elles sont mal supportées par la malade, et les douleurs atroces qu'elles occasionnent obligent à les faire cesser. Les vomissements sont très-rares, et la malade conserve le sommeil, grâce aux injections de morphine. Mais rien ne peut arrêter la diarrhée qui

a succédé à la constipation opiniâtre du début, et la malade s'affaisse rapidement. — Mort le 11 février.

AUTOPSIE. Les deux poumons sont congestionnés aux deux bases. Le cœur est sain, rempli de caillots noirs.

La cavité péritonéale ne renferme pas de liquide : la séreuse paraît normale, à sa partie inférieure, sur le foie et dans la région épigastrique. La rate, au contraire, est enclavée au milieu des adhérences : elle est d'ailleurs saine ainsi que le foie. Les reins sont également normaux : les bassinets présentent seulement une injection assez vive.

À la partie inférieure de l'abdomen, on voit les organes du petit bassin recouverts par les anses de l'intestin grêle qui leur sont étroitement accolées par des adhérences anciennes et très-serrées. En voulant détacher celles qui unissent l'épiploon à l'utérus et au ligament large gauche, on arrache une portion de celui-ci, et l'on voit s'écouler un flot de pus concret. Pour ne pas détériorer davantage les organes du petit bassin, on scie de chaque côté les deux branches du pubis : on obtient ainsi facilement tout le paquet formé par le rectum et les organes génito-urinaires. On constate d'abord que le ligament large gauche ne forme plus qu'une vaste poche, pouvant contenir environ un verre de pus, et ne présentant aucune communication avec les organes voisins. Ses parois ont de deux à quatre millimètres d'épaisseur ; elles sont recouvertes par le péritoine, parfaitement lisse à l'extérieur, sauf au niveau des adhérences épiploïques ; elles présentent une face interne, inégale et tomenteuse. On retrouve facilement, dans leur épaisseur, la trompe à la partie supérieure, et l'ovaire, qui est atrophié, à la partie inférieure et externe.

Ce phlegmon du ligament large a entraîné une déviation considérable de l'utérus qui est attiré à gauche, ainsi que le vagin. L'utérus est en outre très-congestionné, et paraît augmenté de volume dans tous ses diamètres. Le ligament large droit n'est pas enflammé, mais l'ovaire droit renferme plusieurs kystes, du volume d'une noisette ; le plus gros, offre la grosseur d'un œuf de poule.

Par suite de la déviation utérine et de l'existence d'un autre foyer que nous allons décrire, le rectum et la vessie ont contracté des rapports anormaux, et se trouvent en contact immédiat sur la ligne médiane : de chaque côté du rectum, on voit un vaste foyer irrégulier et anfractueux, qui l'entoure de tous côtés. Ce foyer, dont les parois sont noirâtres et indurées, s'étend en bas presque jusqu'au voisinage de l'anus ; en haut, il remonte jusqu'à la partie moyenne de la face postérieure de la vessie. À ce niveau, après avoir ouvert la

vessie, dont les parois épaissies et inégales présentent une coloration ardoisée très-prononcée, on voit en pressant à la partie postérieure du foyer périrectal, sourdre sur la muqueuse un liquide purulent par une fente extrêmement étroite, succédant à un trajet fistuleux irrégulier. Ce trajet, dans lequel le stylet s'engage difficilement, se dirige de haut en bas, en formant une soupape de façon à empêcher le passage de l'urine dans le foyer. Au contraire, les matières contenues dans le foyer pourraient y pénétrer assez facilement, et l'on cherche alors s'il n'existe point de communication avec le gros intestin.

Celui-ci présente un calibre très-réduit et des parois épaisses et contractées. En l'incisant de haut en bas, on arrive dans une sorte de cul-de-sac situé au niveau des adhérences avec la vessie. Arrivé là on éprouve une certaine difficulté à trouver le bout inférieur de l'intestin pour l'inciser. Au lieu de se continuer directement avec le bout supérieur, il forme avec celui-ci un angle droit dans l'étendue de quatre centimètres environ, puis il se continue avec le rectum, après avoir présenté un nouveau coude à angle droit. Le calibre de l'intestin est très-rétréci dans la portion horizontale de ce trajet : il permet à peine l'introduction du petit doigt. On ne voit pas de perforation de l'intestin ; mais l'amincissement de sa paroi au niveau du cul-de-sac que nous avons signalé, permet de supposer qu'il a dû exister en ce point une petite fistule qui aura pu s'oblitérer ultérieurement. De plus, en détachant les adhérences très-étroites qui unissent à ce niveau la vessie et l'intestin, on voit que le foyer périrectal forme en ce point un clapier étroit, au fond duquel on trouve l'orifice externe du trajet fistuleux qui s'ouvre dans la vessie.

Dans toute l'étendue de la portion sinueuse de l'intestin, la muqueuse est saine, excepté au niveau du point aminci ; l'inflammation n'a donc vraisemblablement porté que sur la séreuse, et c'est à elle qu'il faut rapporter la formation des adhérences qui ont changé la direction normale de l'intestin et amené cette forme assez rare de rétrécissement. La pièce offre, en outre, un exemple très-net de phlegmon parfaitement limité au ligament large, fait d'autant plus remarquable qu'il existait en même temps une pelvipéritonite ancienne avec vaste foyer périrectal communiquant avec la vessie. Ces lésions, qu'on a rarement l'occasion d'observer, nous ont paru présenter assez d'intérêt pour que nous ayons cru pouvoir présenter cette pièce à la Société, malgré les lacunes de l'observation clinique.

**2. Guérison spontanée d'un kyste hydatique du foie ; par
M. A. SURRÉ.**

Cette pièce anatomique a été trouvée à l'Ecole Pratique sur un sujet déjà avancé en âge, destiné aux travaux de médecine opératoire. C'est une *tumeur* du volume d'une mandarine développée en partie sur le bord gauche du foie. Elle est inégalement sphérique, un peu aplatie sur le côté libre, rosée, à surface lisse rénitente. A la coupe, elle offre une résistance fibreuse. Incisée, elle présente une cavité dont le diamètre vertical est de 24 millim., et le diamètre transversal de 28 millim.. Les parois ont une épaisseur qui varie entre 2 millim. à la partie externe et 9 millim. à la partie supérieure et à l'inférieure ; celle attenant au foie mesure 5 millim. Elles sont rosées sur leur moitié externe et d'un gris jaunâtre sur leur moitié interne ; elles paraissent formées de couches concentriques, disposition qui leur donne un aspect feuilleté.

L'examen *microscopique* fait au laboratoire de la Charité par M. J. RENAUT a montré que cet aspect feuilleté était formé, non par une vésicule hydatique proprement dite, mais par des couches superposées de tissu fibreux offrant une structure tout à fait analogue à celle des plaques fibreuses de périhépatite ou de périsplénite.

La paroi interne, formée par la vésicule mère, est épaissie et semble être par places le siège de concrétions ; sur les autres points, elle laisse voir par transparence la couche moyenne qui présente un aspect jaune et granuleux et dont elle peut être facilement détachée.

La poche renferme un grand nombre d'hydatides dont les plus petites ont le volume d'une tête d'épingle, tandis que les plus grosses ont dû atteindre le volume d'une amande. Quelques-unes sont encore adhérentes aux parois de la vésicule mère. Toutes ont perdu leur transparence, toutes sont affaissées sur elles-mêmes ; elles sont mortes, mais elles sont encore distinctes et n'ont point été transformées en un magma sébacé tel que celui que décrivent les auteurs. A la partie supérieure, au niveau du point où le kyste s'élève au-dessus de la face supérieure du foie, est un diverticulum pouvant à peine contenir un haricot. Il renferme une vésicule également opaque et affaissée.

Le tissu hépatique, situé au voisinage de ce kyste, était sain.

2. Concrétion sanguine ancienne dans l'oreillette droite. — Embolie du cœur droit. Mort subite, chez un homme affecté de carie du sacrum; par M. Ch. TALAMON, interne des hôpitaux.

V..., fumiste, 48 ans, entre le 26 avril 1877, dans le service de M. TERRILLON, à l'hôpital Temporaire.

Depuis près d'un an, il ressent une douleur sourde dans la région sacro-coccygienne. Il y a cinq mois, un abcès s'est formé à ce niveau; l'abcès s'est ouvert et est resté fistuleux; deux autres fistules se sont encore établies depuis lors. — Bonne santé habituelle; quelques accidents scrofuleux dans l'enfance. Pas de syphilis.

On constate un empâtement diffus au niveau du sacrum remontant vers la base de cet os. Douleur à la pression du coccyx et de la pointe du sacrum. Trois fistules, l'une dans la rainure interfessière, les deux autres un peu plus haut; toutes trois convergent vers la pointe du sacrum. Écoulement d'un pus séreux, fétide, sanguinolent. — Par le toucher rectal, on ne détermine pas de douleur en pressant sur la face antérieure de l'os. La lésion semble donc localisée à sa partie postérieure. L'état général est satisfaisant. Le malade n'a pas maigri, a conservé de l'appétit. Pas de diarrhée. La poitrine résonne normalement à la percussion. Respiration normale à gauche. A droite, affaiblissement du bruit vésiculaire en avant dans toute la hauteur et au sommet en arrière. Pas de craquements. — Urines normales.

30 avril. M. Terrillon incise les trajets fistuleux à l'aide du thermo-cautère de Paquelin. Le coccyx et la partie terminale du sacrum sont à nu, rugueux, cariés, couverts de fongosités. Toutes les parties osseuses malades sont enlevées, c'est-à-dire la totalité du coccyx et le cinquième à peu près du sacrum. Cautérisation de toute la surface de la plaie avec le thermo-cautère. Pansement avec de la charpie imbibée d'eau phéniquée. T. soir 38°,2.

1^{er} mai. T. matin 37°; T. S. 37° 6.

Les jours suivants, tout semble marcher à souhait. Pas de fièvre. La plaie se comble vers la partie inférieure. Mais au bout de trois semaines, la partie supérieure ne s'est pas modifiée; le sacrum est toujours à nu et ne se recouvre pas de bourgeons charnus. En outre, le malade accuse de la douleur à la pression jusqu'à la base de l'os et dans toute la région fessière.

31 mai. Un mois, jour pour jour, après l'opération, au moment où le malade se retournait dans son lit pour laisser examiner sa plaie, il fit tout-à-coup deux à trois expirations bruyantes

et retomba sur le dos sans connaissance. Pas de convulsions; face pâle, pupilles dilatées. Respiration suspendue. Le pouls continua à être perceptible pendant une minute, puis le cœur s'arrêta. Tous les moyens employés pour rappeler la vie furent inutiles. A deux reprises, le cœur eut quelques battements irréguliers; le malade fit encore trois ou quatre mouvements respiratoires. Au bout de trois minutes, la mort était évidente.

AUTOPSIE faite vingt-quatre heures après la mort. — *Encéphale*. Aspect normal. Rien dans la protubérance ni dans le bulbe. Artères saines. *Poumons*. Adhérences celluleuses à la partie antérieure du poumon droit. Rien à gauche. État normal des deux parenchymes. *Artère pulmonaire*. L'artère, ses deux branches et leurs divisions sont remplies de sang noir, liquide, mais pas trace de caillots.

Cœur droit. Un peu de sang liquide dans le ventricule. Point de caillots cruoriques, mais deux caillots de forme spéciale. 1° Attaché au fond de l'auricule et flottant dans l'oreillette, un caillot jaune grisâtre, aplati, membraniforme, résistant, de quatre centimètres de long sur deux de large; 2° un long caillot étroit cylindrique, de la grosseur d'une plume d'oie, engagé entre les valves de la tricuspide, en partie dans l'oreillette, en partie intriqué dans les piliers du ventricule. Ce caillot, déroulé, est long de 10 à 12 cent., il est rameux, bifurqué, et l'une des branches de bifurcation se divise elle-même en deux petits rameaux.

Cœur gauche. En systole; vide de sang. Pas de lésion d'orifice. L'orifice aortique est suffisant. — Le tissu du cœur ne paraît nullement malade. Il est rouge et ferme.

Les reins, la rate, le foie sont à l'état normal; mais gorgés de sang.

On ne trouve pas dans les grosses veines du bassin l'orifice de l'embolie. Le caillot, comme le prouve d'ailleurs son étroit diamètre, vient évidemment des veines de faible calibre. Et ces veines sont sans doute perdues dans le vaste foyer purulent qui entoure le sacrum et infiltre les muscles de la fesse.

La totalité du sacrum et la dernière vertèbre lombaire sont en effet absolument cariées, pénétrées de fongosités. Il n'y a pourtant pas de pus dans le canal vertébral. La moelle et la queue de cheval sont intactes.

Mais tout autour, en avant comme en arrière, existent de vastes foyers purulents qui fusent dans la fosse iliaque externe, entre les muscles fessiers, d'une part, et, de l'autre, dans le muscle iliaque.

REMARQUES. La mort de ce malade doit être attribuée à l'un des deux caillots trouvés dans le cœur droit. La concrétion aplatie, attachée au fond de l'auricule et pénétrant dans

l'oreillette, était en effet évidemment une concrétion ancienne, dont elle présentait tous les caractères; l'instantanéité de la mort exclut d'ailleurs l'idée d'un caillot agonique; il faut noter en outre que le sang contenu dans l'artère pulmonaire n'était point coagulé, mais à l'état liquide. On pourrait donc penser que ce caillot, à un moment donné, est venu obstruer, comme une soupape qui se ferme, l'orifice auriculo-ventriculaire. Mais il est bien plus rationnel d'admettre que la mort est la conséquence de l'interposition brusque entre les valves de la tricuspide du long caillot lombricoïde trouvé dans le cœur droit. Ce caillot allongé, ramifié, avait l'aspect des caillots formés dans les veines; le vaste foyer purulent des régions fessière et iliaque explique facilement sa formation. Détaché des veines enflammées du bassin, son arrivée dans le cœur droit a déterminé une syncope mortelle.

Il est à noter en effet que le malade n'a présenté aucun des symptômes de l'embolie pulmonaire, pas de dyspnée, pas d'angoisse pulmonaire, pas de mouvements respiratoires désordonnés ou précipités; au contraire une perte de connaissance immédiate avec arrêt du cœur et de la respiration.

4. Coliques hépatiques. — Etat typhoïde. — Endocardite végétante; par M. CHENET, interne des hôpitaux.

X., 45 ans, cuisinière, entrée à l'hôpital Lariboisière (service de M. SIREDEY), est couchée au n° 4 de la salle Sainte-Geneviève. Cette femme, atteinte pour la quatrième fois de coliques hépatiques et après avoir eu sous nos yeux un accès long et intense, se rétablissait mal et conservait un état général assez peu satisfaisant. Bien que les douleurs eussent à peu près disparu, l'ictère persistait; plusieurs purgatifs n'avaient pas réussi à rétablir la régularité des fonctions digestives.

23 mai. A la suite d'un bain elle fut prise d'un frisson intense, mais aucune aggravation dans son état ne se manifesta à la suite. Le 25 mai, nous constatons une très-grande fréquence du pouls, une impulsion violente du cœur, mais sans irrégularités dans le rythme des battements. Il existait un bruit de souffle intense occupant tout le premier temps, ayant son maximum à la pointe du cœur, mais s'entendant même en arrière de la poitrine. De chaque côté, en arrière, râles sous-crépitants fins, plus marqués à gauche, mais sans souffle en aucun point. Ni point de côté, ni vomissement à la suite du frisson, pas d'expectoration. Langue sèche, noirâtre et subdélirium. — Vésicatoire à la région précordiale. Potion de Todd avec 1 gramme de teinture de digitale.

Depuis ce moment jusqu'à sa mort, aucun signe nouveau

digne d'être mentionné, sinon de la paralysie vésicale. 2 litres d'urines, fortement ictériques, mais non albumineuses, furent retirés de la vessie le 27 mai soir. Etat typhoïde avec délire léger. — La malade succomba le 29 mai. La température avait oscillé entre 39° 3 et 40° 2.

AUTOPSIE 24 heures après la mort. *Cavité abdominale.* Foie décomposé. Bulles gazeuses faisant saillie à la surface. A la coupe le foie ressemble à une éponge. Les deux branches du canal hépatique et ce canal lui-même sont fortement dilatés, contenant un peu de sable biliaire. Le canal hépatique et le canal cholédoque, fortement dilatés, présentent une circonférence de plus de 0, 04 centimètres. Le canal cystique au contraire n'a pas sensiblement varié de volume. La vésicule est petite et contient une très-petite quantité de bile jaune foncé. Le canal cholédoque contient dans sa longueur à plusieurs centimètres du duodénum plusieurs gros calculs, de forme irrégulièrement cubique, à arêtes mousses dont l'un présente dans son plus grand diamètre 22 millim. sur 18 dans l'autre. Ces calculs présentent une coloration brunâtre à la surface, une striation concentrique très-nette à la coupe. Ils sont très-légers et brulent facilement. La cholestérine paraît être leur principal élément. L'ampoule de Vater, plus apparente qu'à l'état normal, laisse facilement pénétrer une sonde cannelée jusqu'aux calculs. La bile ne pénètre plus dans le duodénum dont la muqueuse est d'un gris bleuâtre.

La *rate*, un peu augmentée de volume dans le sens de sa longueur, présente vers sa grosse extrémité un large infarctus. — Plusieurs infarctus sur les deux reins.

Cavité thoracique. Un peu de liquide rougeâtre dans les plèvres. Les deux poumons, légèrement adhérents aux sommets, présentent en arrière une coloration brun foncé et sont fortement œdémateux, conservant l'empreinte du doigt. A la coupe, ils présentent dans toute leur partie postérieure une stase sanguine très-évidente, mais nulle part de foyer d'hépatisation.

Le *péricarde* contient une ou deux cuillerées d'un liquide rougeâtre. Le cœur, légèrement hypertrophié présente de la surcharge graisseuse et une pâleur qui semble indiquer aussi une dégénérescence du tissu musculaire, mais point d'extravasation sanguine.

Le *cœur droit* contient des caillots agoniques facilement dissociables, mais pas d'altération valvulaire. Le *cœur gauche* présente des lésions remarquables comme siège et comme étendue. Les deux valves de la mitrale sont presque soudées dans une partie de leur étendue, de façon à ne laisser libre

qu'une boutonnière étroite occupée par un caillot fibrineux. On ne voit à leur surface ventriculaire aucune végétation. La valve droite est recoquevillée et sensiblement diminuée d'étendue et paraît comme froncée. L'oreillette gauche, une fois découronnée, présente à sa face interne une multitude de végétations arrondies dont les plus petites dépassent le volume d'un grain de millet, et dont les plus grosses atteignent celui d'une lentille. Sur la face auriculaire des deux valves, rapprochées comme nous l'avons dit, se trouvent aussi d'autres végétations en choux-fleurs au milieu desquelles s'imbriquent des caillots fibrineux dont l'un s'étend jusque dans l'auricule et reste adhérent après la séparation des valves. Sur la valve droite existe une grosse végétation atteignant presque le volume d'une noisette et présentant à sa surface des inégalités qui donnent l'idée de pertes de substance, mais il n'y a pas de foyer purulent.

Cavité crânienne. Pas de foyer de ramollissement ou d'hémorragie. Piqueté assez marqué de la substance cérébrale.

C'est donc là un cas remarquable d'endocardite végétante enté sur un état général mauvais. La malade ne présentait aucun signe d'affection cardiaque à son entrée à l'hôpital et pendant l'accès de colique hépatique.

5. Mal de Pott à la région dorsale supérieure. — Abscès froid du thorax avec développement de gaz consécutif dans la cavité de l'abcès ; par M. CHENET, interne des hôpitaux.

X., 31 ans, salle Sainte-Augustine, lit n° 27. (Hôpital Lariboisière, service de M. SIREDEY.)

Phénomènes généraux de tuberculose : amaigrissement, perte des forces, sueurs nocturnes. Signes négatifs du côté des poumons, du péritoine ou de l'intestin. Douleur très-vive entre les deux épaules, dans une étendue d'une dizaine de centimètres environ au niveau de la région dorsale. Tel était l'état de ce malade au moment de son entrée dans le service. Quinze jours après environ, on note pour la première fois une saillie marquée de l'apophyse épineuse de la troisième vertèbre dorsale. Quelques irradiations douloureuses dans le bras gauche sans paralysie, sueurs profuses, diarrhée. Pointes de feu au niveau de la région malade répétées à deux reprises à une dizaine de jours d'intervalle. Toniques. Décubitus horizontal avec recommandation de garder l'immobilité. Fièvre hectique avec dépérissement rapide et vives douleurs thoraciques.

27 mai. Apparition à la région sous-claviculaire gauche d'une tuméfaction qui contraste avec l'amaigrissement du

côté opposé. Cette tuméfaction remonte supérieurement jusqu'à la clavicule. A droite, elle s'étend jusqu'auprès de la ligne médiane; à gauche, jusqu'à la limite de l'aisselle. Inférieurement, elle suit assez exactement le bord inférieur du grand pectoral. Œdème à la périphérie. Fluctuation très-nette à la partie moyenne. Pas d'empâtement qui puisse être suivi depuis la colonne vertébrale jusqu'à l'abcès.

28 mai. La peau est plus tendue et luisante au niveau de l'abcès. On constate au palper et à la percussion la présence de gaz dans le foyer. Sonorité à la partie moyenne. Crépitation à la périphérie. Le lendemain, l'emphysème est plus marqué sans être plus étendu. — Le malade succombe à 5 heures du matin.

AUTOPSIE, 36 heures après la mort. Au niveau du foyer, coloration verdâtre de la peau; coloration verdâtre aussi en arrière depuis la colonne vertébrale jusque vers l'aisselle.

L'incision de la peau au niveau de la ligne médiane donne issue à des gaz. Les aréoles profondes du derme depuis la ligne médiane jusqu'au bord de l'aisselle sont légèrement infiltrées de pus, de même que le tissu cellulaire qui sépare les fibres du grand pectoral. Les fibres musculaires sont dans un état de décomposition avancée.

La face profonde du muscle recouvre un vaste foyer purulent à odeur infecte, traversé par des brides filamenteuses infiltrées de pus. Plusieurs côtes sont à nu dans le foyer; les muscles intercostaux détruits en grande partie, et une large communication se trouve ainsi établie entre le foyer intrathoracique et le foyer sous-musculaire.

Nous enlevons alors d'une seule pièce la cuirasse antérieure du thorax avec le cœur et les poumons. A droite, il existe à peine quelques adhérences entre les poumons et les différents points de la paroi; en arrière, au contraire, au niveau de la colonne vertébrale, il faut sculpter un peu les différents organes du médiastin. Le poumon gauche présente peu d'adhérences en arrière, et nous sectionnons la paroi antérieure du thorax au niveau du bord antérieur de l'aisselle. Une côte baignant dans le pus se détache de la colonne vertébrale pendant cette manœuvre et est entraînée avec toute la masse. Le foyer vertébral est alors mis à nu. Un corps vertébral est en grande partie détruit sur sa face antérieure, de coloration noirâtre.

Le poumon droit est sain, mou, crépitant dans toute son étendue, n'offrant à sa surface que quelques fausses membranes. A la coupe, nous ne trouvons, à l'œil nu, aucun foyer tuberculeux ni aucun semis de granulations. Le poumon gauche est adhérent en totalité à la plèvre qui a été enlevée

en même temps que lui. Mais dans toute sa partie postérieure, ces adhérences sont lâches et sont détruites facilement avec le dos du scalpel sans qu'on produise de lésions ni du poumon, ni de la plèvre très-épaissie. A mesure qu'on arrive vers la partie latérale, et surtout vers la face antérieure, les adhérences sont plus étroites, et, à un moment, la plèvre beaucoup plus épaisse encore à ce niveau, se déchire, et une petite parcelle est entraînée avec le poumon, de façon à laisser une perforation de la plèvre au niveau même de l'abcès. Mais c'est là le seul point dans lequel une communication entre le poumon et le foyer purulent extra-thoracique pourrait avoir lieu; et l'examen du poumon démontre que cela n'est pas. Le poumon au-dessous des adhérences est sain et ne présente non plus en aucun point de foyer tuberculeux ou de granulations. Les gaz contenus dans l'abcès ne venaient donc pas du poumon.

Nous voyons alors très-clairement que l'abcès a pour limites en dedans la plèvre très-épaissie, en dehors la face profonde du grand pectoral, et qu'il est cloisonné par les côtes et les débris de muscles intercostaux, cloison très-incomplète d'ailleurs, ainsi que nous l'avons déjà vu.

La vertèbre cariée est la quatrième dorsale. Son corps est en grande partie détruit. Les parties osseuses, noirâtres, baignent dans le pus, de même que les extrémités des côtes voisines dont les articulations costo-vertébrales sont plus ou moins intéressées. Ce pus est fétide. Le périoste des 2^e et 3^e côtes a disparu.

L'examen des différents viscères : foie, reins, vessie et tube digestif, de l'encéphale et des méninges ne révèle rien qui intéresse spécialement l'observation. Notons seulement que nulle part, il n'a été trouvé de granulations miliaires ou de tubercules. Enfin, j'ai dû sacrifier l'examen de la moelle pour mettre en évidence les rapports du foyer purulent et la marche du pus depuis la colonne vertébrale jusqu'au thorax.

RÉFLEXIONS. Il s'agit donc là d'un abcès froid consécutif à une carie vertébrale et dans lequel des gaz se sont développés spontanément. Le chemin intra-thoracique suivi par le pus explique la dyspnée énorme que le malade a présentée dans les derniers jours. Mais ce cas offrait un intérêt de diagnostic très-grand pour nous. Déjà, en 1875, nous avions eu l'occasion d'observer un cas d'emphysème sous-cutané consécutif à un abcès des parois thoraciques en communication avec le poumon, chez un phthisique. L'observation a été présentée par nous et par notre collègue Hirtz, à la société anatomique. Mais dans ce cas, nous n'avions pas assisté à l'évolution de l'abcès et nous n'avions vu le malade qu'après le début de l'emphy-

sème. Ici, au contraire, nous avons vu d'abord un abcès, puis le lendemain de l'emphysème. Nous avons cru, le premier jour à un abcès par congestion, mais la présence de gaz dans la cavité de l'abcès le lendemain même, nous avait fait présumer le diagnostic : en effet, en dehors du voisinage des cavités naturelles, le développement spontané de gaz dans un abcès est chose rare. Bien que l'on n'eût constaté chez le malade aucun signe positif de tubercules pulmonaires, il était possible qu'un petit foyer eût échappé; l'observation de ce foyer pourrait avoir été le point de départ de l'emphysème. Mais en supposant l'abcès en communication avec le poumon, de l'air eût été chassé à chaque instant dans la cavité et l'emphysème se fût généralisé. Ainsi s'étaient passées les choses dans le cas dont nous venons de parler. Ainsi encore dans un cas publié par M. Cruvelhier. Nous croyons donc que, en cas de doute, le défaut d'extension de l'emphysème serait d'un utile secours pour le diagnostic. Je n'insiste pas sur l'existence du mal de Pott qui dans le cas présent devait faire pencher pour un abcès par congestion.

6. Otite externe. Carie de l'apophyse mastoïde. — Trépanation et extirpation d'un séquestre. — Carie du rocher. Méningite tuberculeuse; par M. E. QUENU, interne des hôpitaux.

Goy... Jean, 35 ans, ébéniste, vient à la consultation de M. TILLAUX, le 14 janvier, pour une otite suppurée gauche, datant de deux mois. La région mastoïdienne est rouge, tuméfiée, et en exerçant une légère pression, on augmente l'écoulement du pus par l'oreille. Le malade a souffert dans l'oreille avant de voir se développer la tuméfaction au niveau de l'apophyse mastoïde. Le bruit caractéristique de la perforation du tympan n'existe pas; l'examen de l'oreille à la lumière réfléchie confirme l'intégrité de la membrane, qu'on trouve opaque, granuleuse et rouge à sa partie supérieure. L'acuité auditive est nulle à gauche. On diagnostique une *otite externe suppurée*, terminée par un phlegmon mastoïdien.

16 janvier. Incision jusqu'à l'os, à 1 cent. en arrière de la conque. Ecoulement de pus en assez grande quantité. Lavages dans l'oreille; le liquide sort par la plaie. L'état général est assez bon: G.... est grand, assez vigoureux.

4 février. Des granulations obstruent le conduit auditif externe: cautérisation au nitrate d'argent.

21 mars. L'écoulement de pus est aussi abondant que les premiers jours; large perforation du tympan. Une lésion

osseuse ayant été diagnostiquée, on fait la trépanation de l'apophyse mastoïde que l'on trouve nécrosée dans une étendue de 1 cent. ; on extrait un séquestre long de 2 cent., formé de petites lamelles larges de 1 cent., osseuses, friables, imprégnées de pus concret.

25 mars. Quatre jours après l'opération, on observe les signes d'une paralysie faciale gauche.

30 mars. L'état général est très-bon, la plaie se ferme rapidement ; on est obligé de mettre un drain.

3 avril. La suppuration redevient abondante ; le malade souffre en avant de l'oreille : gonflement du ganglion préauriculaire.

12 avril. Etat général moins bon. Le malade maigrit depuis quelques jours et tousse un peu. Crachats purulents, submatité aux deux sommets, surtout à droite ; expiration prolongée aux deux sommets. A droite, craquements secs.

20 avril. Abscès au sommet du triangle sus-claviculaire.

22 mai. La suppuration a diminué depuis le 20 avril, mais l'amaigrissement n'a fait qu'augmenter. Sueurs nocturnes.

23 mai. A 4 heures du matin, les malades voisins sont réveillés par les cris de G..., dont les membres supérieurs et inférieurs du côté droit sont agités de convulsions cloniques. Ces convulsions se reproduisent pendant la visite et sont limitées au côté droit ; les muscles de la face ne se contractent pas ; il n'y a pas de strabisme. Pupilles dilatées. Dans la journée les convulsions se généralisent et affectent les deux côtés. Vers 8 heures du soir, un sommeil profond a succédé à l'agitation de la journée.

Le lendemain, face rouge, lèvres cyanosées, respiration accélérée, courte; pouls lent et régulier ; hémiplégie droite. Le malade ne répond pas aux questions. Ecoulement abondant de pus par l'oreille, qui pourrait faire croire à l'ouverture d'un abcès comprimant le cerveau.

24 mai. L'hémiplégie a entièrement disparu. Le malade a repris entièrement connaissance. **26 mai.** Rétention d'urine. **27 mai.** Coma et mort.

AUTOPSIE. Adhérences pleurales des deux côtés et surtout aux sommets. Les deux poumons sont augmentés de volume et convertis en deux blocs indurés. A la coupe, granulations ayant subi divers degrés de régression, petits foyers caséux et masses de pneumonie caséuse. Pas de cavernes. Cœur sain. Dans la rate, le péritoine, le foie et les reins, rien à noter.

Cerveau. La pie-mère est parsemée de granulations grises, existant surtout à gauche, le long de la sylvienne. On en trouve aussi sur la face convexe du lobe gauche en grande

quantité. Peu de granulations à droite. Teinte verdâtre de la face inférieure du lobe sphénoïdal dans les points qui répondent aux faces antérieure et postérieure du rocher, c'est-à-dire aux points malades du temporal; pas d'abcès, mais véritable apparence de gangrène du cerveau.

L'espace sous-arachnoïdien contient une quantité considérable d'un liquide un peu louche, qui infiltre également la pie-mère. Les ventricules sont distendus et remplis de liquide, leurs parois sont ramollies. Petit tubercule dans l'épaisseur d'une circonvolution. Petit tubercule ramolli, gros comme un grain de millet, dans le tiers supérieur de la moitié gauche de la protubérance, près du pédoncule cérébelleux moyen.

Rocher. Une énorme excavation occupe la base de l'apophyse mastoïde et l'épaisseur même du rocher. Elle s'étend en avant jusqu'à l'articulation, qui est respectée, en arrière, jusqu'à une ligne prolongeant le bord postérieur de l'apophyse mastoïde. Du côté de la cavité crânienne, ce trou n'est séparé du cerveau que par la dure-mère, qui a barré le passage au pus, comme l'eût fait une aponévrose. En effet, si on décolle la dure-mère, on l'enlève comme une sorte de couvercle, et on pénètre dans le foyer. Des fongosités restent adhérentes à la membrane, qui paraît elle-même peu modifiée.

Des fongosités, du pus concret et des parcelles d'os recouvrent les parois; toute la caisse est détruite, la portion pétreuse du facial a disparu, le nerf est comme coupé à sa sortie du trou stylo-mastoïdien, dont le pourtour est formé par de l'os malade. Le sinus latéral n'était séparé du foyer purulent que par l'épaisseur de ses parois recouvertes de fongosités.

RÉFLEXIONS. Nous n'insistons pas sur l'intérêt chirurgical de cette observation: elle a dû être développée ou le sera à ce point de vue; notons seulement combien les résultats de l'autopsie doivent faire apporter de prudence dans les opérations pratiquées sur l'apophyse mastoïde, puisque la cavité renfermant le séquestre, avait pour ainsi dire comme parois, des organes tels que le sinus latéral et les méninges, dont la blessure eût pu entraîner une mort immédiate ou tout au moins à courte échéance. Remarquons aussi la paralysie faciale survenant le 4^e jour après l'opération; elle est évidemment le fait de l'extension de l'ostéite que l'enlèvement du séquestre a été impuissant à limiter. Si nous arrivons à l'évolution de la maladie à laquelle a succombé G..., il nous paraît peu probable que la suppuration de la caisse ait été le point de départ de la tuberculose: cette otite a en effet été soignée au début, alors que l'inflammation était limitée au conduit auditif externe, plus tard on s'est empressé de donner écoulement au pus; malgré un traitement actif, malgré une

opération qui eût dû tarir la source de la suppuration, la carie a continué ses progrès pour aboutir aux complications méningées qui ont abrégé la scène. Comme le démontre l'état des poumons, G.... devait être tuberculeux quand il a eu son olite. Quant à la nature tuberculeuse ou non de l'affection osseuse, nous ne la discuterons point. Terminons par une remarque : d'une part sur l'intégrité (au point de vue du tubercule) de tous les autres viscères ; d'autre part sur la prédominance des tubercules à gauche et en particulier dans les points des méninges en rapport avec l'os malade. Il nous semble permis de supposer que la carie du rocher (tuberculeuse ou non) a déterminé la localisation d'une poussée de tubercules aux méninges, voire même provoqué cette poussée de granulations. Les symptômes observés à la fin viennent confirmer les propositions énoncées dans la thèse de M. Landouzy, sur le siège des convulsions, le mode de groupement et l'allure des paralysies, etc., dans la méningite tuberculeuse.

Séance du 8 juin.

PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

7. Double luxation ancienne de l'épaule; par M. E. QUENU, interne des hôpitaux.

(Pièces trouvées à Clamart et communiquées par M. TILLAUX).

Homme âgé de 60 ans. On reconnaît tous les signes de la luxation de l'épaule : creux sous la voûte coraco-acromiale, saillie arrondie en dedans de l'apophyse coracoïde. Tous les mouvements sont conservés.

Le nerf musculo-cutané passe au-devant de la tête humérale qui le soulève; l'artère et les autres nerfs du plexus brachial sont restés en dedans. Le tendon commun à la courte portion du biceps et au coraco brachial passe en dehors de l'extrémité supérieure de l'humérus et devait s'opposer à la réduction, à la façon d'une corde. Le petit pectoral est relâ-

ché et comme devenu trop long. Du côté gauche, le tendon de la longue portion du biceps est resté au fond de la coulisse bicipitale et a contribué à la formation de la nouvelle capsule : il présente, en effet, au niveau de la tête de l'humérus un élargissement fibro-cartilagineux qui s'étend jusqu'au bord externe de la nouvelle cavité, il a donc servi de point de départ à la formation d'un nouveau bourrelet d'agrandissement. Des deux côtés le thorax présente un enfoncement correspondant à l'extrémité supérieure de l'os du bras.

A *gauche*, la luxation est intra-coracoïdienne ; les nouvelles surfaces articulaires se composent, du côté de l'omoplate, de la face inférieure de l'apophyse coracoïde élargie, et d'un plateau osseux surajouté à la face interne de l'omoplate et situé en dedans du bord axillaire prolongé. Cette nouvelle cavité n'est pas sur le même plan que l'ancienne, les deux sont séparées par un rebord mousse. L'ancienne est rétrécie et comblée par du tissu fibreux, quelques ostéophytes et de petites masses cartilagineuses dont quelques-unes sont pédiculées.

Du côté de l'humérus, les surfaces articulaires comprennent : l'ancienne portion articulaire de la tête recouverte par une capsule de nouvelle formation et une surface empruntée à la grosse tubérosité de l'humérus, plus ou moins irrégulière, mais d'une forme générale arrondie. Ces surfaces sont revêtues par places, d'une mince couche de cartilage. De leur pourtour à la périphérie de sa nouvelle cavité, s'étend une capsule, renforcée par les tendons périarticulaires et complétée en dehors par une épaisse bride de tissu fibreux qui part du sommet de l'acromion et laisse en dehors d'elle l'ancienne cavité glénoïde.

Du *côté droit*, la luxation est sous-coracoïdienne : une partie de la tête humérale a conservé des rapports avec une petite portion de la cavité glénoïde, le reste est reçu dans une cavité nouvelle formée comme précédemment par l'apophyse coracoïde et par un plateau d'os surajouté. Ces deux parties de la cavité articulaire sont séparées par une crête, aussi la tête présente-t-elle un sillon profond dans laquelle est reçue la crête indiquée. Quant au cartilage, aux moyens d'union, la description pour le côté gauche s'applique au côté droit. Des deux côtés, lésions de l'arthrite sèche, corps étrangers pédiculés, etc.

Aussi peut-on se demander si l'arthrite sèche est consécutive à une luxation non réduite ou bien si la luxation n'est pas le fait d'une arthrite sèche antérieure. L'existence d'une luxation double nous fait pencher vers cette deuxième hypothèse. Nous devons dire néanmoins que les autres articula-

tions étaient saines, sauf l'articulation coxo-fémorale droite qui contenait un petit corps étranger dans l'arrière-cavité de la cavité cotyloïde.

S. Tumeur osseuse de la dure-mère; compression du cerveau sans symptômes; exostose éburnée de la voûte crânienne; par M. Ed. LEBEC, interna des hôpitaux,

Marie Bourq... était entrée le 19 août 1876, salle Saint-Charles, n° 15 (service de M. RICHET) pour une carie vertébrale très-avancée et une carie des os du tarse du pied gauche. Elle succomba le 20 mai 1877 aux progrès de sa maladie. — Pendant la vie on s'était aperçu qu'elle portait une tumeur dure dans la région occipitale, le diagnostic d'exostose avait été seul porté.

AUTOPSIE. Outre les lésions ordinaires d'un mal de Pott sur lesquelles nous ne voulons pas nous étendre, voici ce que nous avons vu dans le crâne : Dans la voûte, il existe une exostose située à l'angle même de la suture lambdoïde.

Sa base circulaire a 4 cent. de diamètre. Elle fait à la face externe du crâne une saillie de 4 cent.; sa forme régulière lui donne l'aspect d'une sphère coupée par la moitié et la face interne, la saillie est de quelques millimètres seulement. Une section de la tumeur est faite, et elle permet de constater sa nature éburnée, qui se confond avec les parties voisines, sans limites appréciables. Du reste tous les os du crâne sont épaissis, durs, et l'on ne trouve plus de trace de diploé, tout a l'aspect éburné. À la face interne du crâne, on peut remarquer que les artères méningées moyennes ont creusé de profonds sillons, qui rappellent la feuille de figuier.

Dans l'épaisseur de la dure-mère, en un point immédiatement correspondant à la tumeur, on remarque une légère dépression puis, la membrane enlevée, on trouve une tumeur dont l'examen histologique fait par M. DEBOY, a révélé la nature osseuse. Cette tumeur est située dans un dédoublement de la dure-mère. Par la face qui regarde le cerveau elle reçoit des vaisseaux venus de la pie-mère, qui forment ses seules adhérences avec cette membrane. Elle siège à droite du sinus longitudinal, qu'elle comprime latéralement. Sa longueur dans le sens longitudinal est de 4 cent. dans le sens transversal de 2 cent. sur une épaisseur de 1 cent. 1/2. De l'autre côté du sinus veineux est un petit noyau gros comme un pois, sans connexion avec la tumeur.

Le sinus longitudinal est, dans toute la longueur de la tu-

meur, rempli par un caillot fibrineux ancien, fortement adhérent aux parois, et qui obture complètement son calibre.

Sur la face supérieure du lobe droit du cerveau, on trouve une dépression dans laquelle la tumeur vient se loger tout entière. Elle forme une concavité régulière qui comprime les circonvolutions du lobule pariétal supérieur et la circonvolution occipitale supérieure.

REMARQUES. Pendant la vie, la malade n'a jamais présenté le moindre symptôme pathologique ni dans la motilité ni dans la sensibilité. Elle pouvait marcher, et ne s'alita qu'à cause des progrès de la maladie du pied. Ses fonctions digestives s'accomplissaient régulièrement. Rien n'avait révélé l'existence d'une tumeur cérébrale.

De plus, nous constatons l'existence d'une tumeur osseuse dans la dure-mère. Ce fait est particulièrement intéressant : nous savons, en effet, que pour beaucoup d'auteurs la dure-mère ne peut en aucune manière servir à la reproduction du tissu osseux. Larvig le signala le premier, à propos de l'opération du trépan, à la suite de laquelle il ne se fait jamais de reproduction osseuse.

Quant à la cause ou à la nature de l'exostose éburnée, nous ne pouvons faire que des suppositions : Au point de vue syphilitique nous n'avons aucun renseignement ; et du reste, ces exostoses ne sont pas, en général, éburnées comme celle dont il s'agit. Est-ce une exostose hypertrophique, comme on les rencontre chez les jeunes gens, tumeurs décrites dans un mémoire par M. Dolbeau ? On peut le supposer, et admettre que la malade portait cette tumeur depuis son enfance.

Pour ce qui est de la tumeur osseuse de la dure-mère, rien ne nous fait connaître sa cause. Nous pouvons seulement penser qu'elle s'est développée lentement, et que le cerveau a pu s'habituer peu à peu à la compression qu'il subissait.

9. Néphrite interstitielle. — Hémorrhagies, infarctus spléniques ramollis. — Ulcérations stomacales ; par M. Charles RÉMY, interne des hôpitaux.

Navé Nicolas, 51 ans, cocher, entre le 19 février dans le service de M. RIGAL à l'hôpital Temporaire.

Antécédents. Lumbagos prolongés en 1863-64. Beaucoup plus récemment, au mois de juillet 1876, hémiplegie faciale, qui guérit rapidement. Diminution rapide de l'acuité visuelle. À partir de cette époque, tendance aux hémorrhagies : d'abord épistaxis, plus tard hématuries. L'hématurie, primitivement peu abondante et intermittente, devint, au commencement de février 1877, continue et plus abondante. Il survint un ama-

grissement rapide, le lumbago reparut. — Depuis fort longtemps le malade est sourd de l'oreille gauche. Il n'a pas de polyurie.

État actuel. Urine d'un rouge sanglant, peu albumineuse, ne contenant que des globules sanguins rouges, pas de tubuli.

Quantité quotidienne 2 litres. — Hypertrophie considérable du cœur. Forte impulsion de la pointe dans le 5^e espace intercostal en dehors du mamelon. Pas de bruits anormaux, tension artérielle considérable ; la radiale ressemble à une corde vibrante. — Vertiges, étourdissements, pertes des forces. Douleurs de reins vives avec irradiation dans la hanche, spontanées et exaspérées par la pression. Digestion normale.

21 février. Les premiers accidents d'urémie se manifestent par des vomissements.

1^{er} mars. 3 litres d'urine.

5 mars. L'hématurie a cessé, les urines sont blanches, opaques, très-albumineuses, contiennent des globules blancs et des cristaux d'oxalate et de phosphate de chaux. La réaction en est alcaline ; la polyurie continue.

10 mars. Les accidents urémiques deviennent plus manifestes. Ils succèdent à une constipation de cinq jours. On observe chez notre malade des étourdissements, une vive céphalalgie occipitale, des troubles de la vue plus marqués, une grande pâleur de la face et des vomissements glaireux. Les accidents se dissipent, le 42 mars, après que des purgatifs et des lavements purgatifs ont rétabli les fonctions digestives. A la suite de son attaque d'urémie le malade conserve un facies hébété, une teinte cachectique terreuse. Le sang reparait de temps en temps dans son urine.

29 mars. Surviennent par la narine gauche des épistaxis abondantes et répétées qui résistent aux moyens ordinaires : froid, ligature des membres, et nécessitent le tamponnement le 30 mars. Le tampon est laissé 48 heures, l'hémorrhagie ne se reproduit plus. Mais cette perte de sang a anéanti le malade qui a eu une lipothymie pendant l'hémorrhagie, et reste, très-abattu et très-faible, repoussant toute alimentation. Son ventre se météorise et devient douloureux sans fièvre. T. A. 36°, 5.

7 avril. L'état général devient plus mauvais, anorexie absolue ; la diarrhée persiste et devient sanguinolente ; elle est constituée par des mucosités et des glaires mélangées de petits caillots de sang et de matières puriformes.

Malgré la lésion rénale avancée on administre 20 gouttes de laudanum de Sydenham en lavement pendant 4 ou 5 jours, mais sans aucun résultat. 1 gramme de tannin arrête l'hémorrhagie intestinale, mais la diarrhée persiste.

11 avril. A la suite du tamponnement, le malade est devenu tout à fait sourd, par suite de l'oblitération des trompes d'Eustache.

12 avril. Surviennent de petites eschares coccygiennes.

20 avril. La surdité a diminué, mais la plèvre se remplit de liquide à gauche, les deux poumons deviennent congestionnés. Enfin, à la suite d'une nouvelle constipation, les accidents urémiques céphaliques et gastriques s'accroissent et le malade succombe le 23 avril 1877.

AUTOPSIE. *Péricardite* fibrineuse ayant produit de légères villosités à la face postérieure; les quatre cavités du cœur sont pleines de sang. Le ventricule gauche est hypertrophié. Ses valvules mitrales sont longues, sclérosées, et épaissies, mais suffisantes. *L'aorte* présente à sa face interne de petites plaques graisseuses, soulevées, jaunes.

Le *poumon* droit est emphysémateux, surtout à son bord antérieur; il présente une bulle d'emphysème grosse comme une noix vers sa partie inférieure. Le poumon gauche est tout entier congestionné, un des lobules du lobe supérieur est induré par une broncho-pneumonie caséuse.

L'*estomac* présente au niveau de sa grande courbure, près du pylore, un grand nombre de petites ulcérations superficielles punctiformes du diamètre d'une tête d'épingle, visible à contre-jour seulement. On croirait voir à leur centre un orifice tandis que leur périphérie est marquée par une collerette blanche. Le reste du tube digestif est normal, il en est de même du foie.

Les *reins* présentent la lésion capitale à étudier :

Le rein droit a un volume au-dessous de la normale (8 centimètres de larg.). Ce rein est dur, rouge. Sa face antérieure est lisse, excepté à la partie supérieure; la capsule se détache avec facilité sans entraîner de lambeaux de tissu. La face postérieure présente un plus grand nombre de granulations. Des taches jaunes et de petits kystes du volume d'un grain de millet, les uns transparents, d'autres troubles, d'autres enfin tout à fait jaunes. A la coupe, le rein est dur, sa couche corticale est atrophiée, parsemée de points jaunes sur un fond rouge. Le rein gauche plus petit, plus globuleux, plus rouge, a sa capsule peu adhérente; mais sa surface extérieure est toute hérissée des granulations typiques de la néphrite interstitielle.

La *rate* attira plus particulièrement encore notre attention. Elle offrait le volume normal, mais sa face convexe adhérait intimement au diaphragme par des adhérences de péritonite circonscrite encore récente. Entre quelques adhérences existaient des cavités purulentes. Sur une coupe on remarque que

la rate est creusée de plusieurs cavités anfractueuses suppurées. Ces cavités sont tapissées par une sorte de fausse membrane. Autour de ces cavités le tissu de la rate est induré et parsemé en certains points de taches jaunâtres irrégulières.

Examen microscopique. Il nous montre que le rein offre les lésions de la néphrite interstitielle. Les cloisons fibreuses qui séparent le tubuli sont épaissies. Dans ces cloisons montent des vaisseaux gorgés de globules sanguins. Les tubuli sont très-altérés, quelques-uns sont atrophiés, d'autres dilatés au niveau des points jaunes de la couche corticale. Ces granulations jaunes sont constituées par des parcelles de tissu respecté par la néphrite interstitielle, mais dont les tubuli sont dilatés. Beaucoup de tubuli dilatés renferment des cylindres colloïdes hyalins.

La rate fut examinée à l'aide de coupes pratiquées dans le voisinage des cavités. On remarque que les cavités sont bordées par une zone de bourgeons charnus ou de cellules embryonnaires accumulées plus en dehors, le tissu de la rate est transformé. Les travées fibreuses persistent et forment une structure alvéolaire. Dans les alvéoles se montrent : 1° des globules de sang rouges extravasés qui masquaient toute fine structure ; 2° des vaisseaux volumineux gorgés de sang et d'autres plus petits complètement oblitérés.

La lésion de la rate semble donc être le résultat d'une oblitération vasculaire suivie d'hémorragies et de ramollissement suppuratif des tissus de la rate sclérosés à la suite de l'oblitération vasculaire.

40. Fracture spontanée de l'humérus ; absence de consolidation.— *Carcinose généralisée* ; par M. Auguste LAURENT, interne provisoire des hôpitaux.

Chauv. Marie, 87 ans, est entrée le 23 mars 1877 à l'infirmerie de la Maison de retraite des Ménages, service de M. BERNARD. Elle présente les signes d'une bronchite aiguë avec un léger embarras gastrique. — Le 13 avril, en faisant un effort dans son lit pour s'asseoir, effort d'ailleurs peu violent, elle entend un craquement et ressent une douleur subite dans le bras gauche. On constate à ce moment tous les signes d'une fracture de l'humérus à l'union de son tiers inférieur avec ses deux tiers supérieurs. Il y a mobilité anormale et crépitation très-manifestes. On applique aussitôt un appareil composé de deux attelles, l'une antérieure, l'autre postérieure, entourées d'ouate l'une et l'autre, et fixées par des lanières de diachylon. — Quinze jours après, la consolidation ne semblant pas

s'opérer, M. NICAISE, fait placer le bras et la partie supérieure de l'avant-bras dans un appareil silicaté.

22 *mai*. L'examen du bras montre au niveau du trait de fracture une tuméfaction de l'os, molle, ovoïde, assez considérable, il reste toujours de la mobilité. — La malade a une toux assez fréquente et un peu de fièvre. On entend en bas, à droite et en arrière des râles sous-crépitaux fins. Un vésicatoire est appliqué dans cette région, et l'on prescrit une potion de Tood avec 20 gr. de sirop de quinquina et 30 gr. de sirop de morphine. Le soir, un nouvel appareil silicaté est appliqué.

23 *mai*. L'état de la respiration est meilleur; on a eu soin, d'ailleurs, de maintenir la malade levée pour prévenir l'hypos-tase. Elle se plaint de douleurs périthoraciques, spécialement à gauche au niveau des 5^e, 6^e et 7^e côtes; un sinapisme est appliqué à ce niveau.

Le 24 et les jours suivants, l'affection pulmonaire va de mieux en mieux: les râles disparaissent en grande partie; mais l'air ne semble pas pénétrer aussi bien dans le poumon qu'à l'état normal; le murmure respiratoire est faible. Les douleurs costales persistent.

27 *mai*. La malade se plaint d'un étouffement considérable; elle a une respiration brève et fréquente. L'appétit a beaucoup diminué; l'affaiblissement est très-marqué bien que le teint de la malade soit encore assez satisfaisant. Il n'y a aucune coloration spéciale de la peau qui puisse faire songer à une cachexie cancéreuse. — La malade succombe le 31, à midi.

AUTOPSIE 26 heures après la mort. — *Bras*. Une incision est faite sur la face externe du bras. En approchant du siège de la fracture, les muscles sont infiltrés de sang noirâtre. Il n'existe aucun moyen d'union entre les deux fragments qui ne sont retenus l'un à l'autre que par les parties molles. Le trait de fracture est oblique en bas, en dedans et en avant. Le fragment supérieur ne présente rien de remarquable, si ce n'est que son canal médullaire semble augmenté de capacité. Le fragment inférieur présente, à sa partie supérieure, une tumeur à laquelle les muscles brachial antérieur, en avant, et triceps, en arrière, adhèrent intimement. Cette tumeur est un peu plus grosse qu'un œuf de dinde et représente un segment d'ovoïde coupé suivant son grand axe. Sa partie convexe regarde en avant; sa partie plane, en arrière. Par son extrémité inférieure, cette tumeur se continue avec le corps de l'os; son extrémité supérieure arrive au niveau du trait de la fracture. Sa couleur est d'un blanc grisâtre. Sa consistance, fibro-cartilagineuse, en avant; dure et osseuse en arrière. Une coupe transversale faite suivant le grand axe de la tumeur,

montre dans son intérieur un tissu de couleur blanc grisâtre, assez mou sur le segment antérieur, plus dur sur le segment postérieur. Au centre, existe un ramollissement plus considérable. Cette tumeur présente les caractères extérieurs d'une tumeur osseuse maligne (cancer ou ostéosarcome).

Fois. Volume et coloration normale. Les deux faces présentent des noyaux d'un blanc jaunâtre, disséminés, de volume très-variable, les uns assez saillants, d'autres présentant à leur surface une sorte de dépression cupuliforme. La palpation de l'organe dénote, dans la profondeur du tissu hépatique, des noyaux durs, plus ou moins volumineux. On trouve à la coupe ces noyaux qui présentent un aspect blanchâtre, une consistance molle, cérébroïde; ils paraissent être autant de noyaux de cancer encéphaloïde. Le suc cancéreux en est plus ou moins facilement extrait. — *Estomac.* Muqueuse très-congestionnée d'une coloration violacé sombre; pas de néoplasie. — *Intestin.* Pas de trace de néoplasme. Pourtant, au voisinage du bord adhérent, on sent, dans l'épaisseur du mésentère, de petits noyaux durs, blanchâtres, du volume d'un pain de plomb, très-nombreux, blancs à la coupe, et laissant sortir de leur intérieur un suc blanchâtre à la pression. — *Rate.* Petite, d'une consistance ferme. — *Reins.* Le gauche normal; le droit, petit, anémié, mais sans autres altérations à la coupe.

Vagin. Il présente des parois quatre ou cinq fois plus épaisses qu'à l'état normal. Au niveau des parois latérales et sur une petite étendue de la paroi antérieure, le tissu est dur rigide, criant sous le scalpel, et présente à la coupe les caractères du cancer. Le cul-de-sac postérieur est également induré; une masse de tissu cancéreux l'enveloppe et fait une saillie peu marquée dans le vagin, très-marquée, au contraire, du côté du péritoine. La muqueuse est lisse et saine; le cancer lui forme une gaine d'une épaisseur de 2 cent. environ. Ce cancer se présente sous la forme d'un tissu à alvéoles très-petites, occupées par une masse jaunâtre; cet aspect est assez analogue à celui que présente à la coupe la prostate des vieillards, assez semblable aussi à celui de la tumeur de l'humérus. — *Utérus.* Le col est très-épais et présente la consistance des corps fibreux. Il est entouré par du tissu cancéreux qui constitue ses parois et se continue avec la masse cancéreuse du cul-de-sac postérieur et du vagin. La saillie du museau de tanche dans le vagin est très-peu accusée. La cavité du col très-étroite communique avec celle du corps. Le corps de l'utérus est exempt de cancer. Il offre des parois assez minces et ayant une coloration plus rouge qu'à l'état normal. Dans sa cavité, on trouve un liquide foncé de couleur chocolat, d'une quantité équivalente à 15 grammes

environ. La muqueuse utérine est saine; elle présente seulement à sa surface deux petites plaques ecchymotiques. Sur la face postérieure du corps de l'utérus, vers sa partie inférieure, on trouve un kyste de la largeur d'une pièce de 1 franc, parfaitement circulaire, faisant une légère saillie. Immédiatement au-dessous de cette saillie, s'en trouve une autre plus considérable constituée par la masse cancéreuse qui occupe le cul-de-sac postérieur du vagin.

Le *péritoine* du cul-de-sac recto-vaginal présente les traces d'une inflammation ancienne caractérisée par des adhérences sous forme de cordons fibreux; on y voit aussi des cicatrices assez nombreuses et 12 ou 13 petites tumeurs sessiles ou pédiculées. On trouve aussi une petite tumeur à l'extrémité interne du ligament rond gauche.

Poumons volumineux, grisâtres, emphysémateux. Ils présentent à leur surface une innombrable quantité de granulations d'un blanc jaunâtre qui, à la coupe, donnent le suc cancéreux caractéristique. Les diverses coupes pratiquées dans les poumons montrent que le tissu de ces organes en est littéralement farci. Des ganglions cancéreux s'observent aussi dans le médiastin et autour du hile. Il n'existe pas d'épanchement dans la cavité thoracique. Mais, sur la plèvre pariétale, existent un certain nombre de noyaux cancéreux d'un volume variable; les uns, situés au niveau des espaces intercostaux, les autres, sur la face interne des côtés. Deux, en particulier, assez volumineux, de la largeur d'une pièce de 1 fr. sont symétriquement placés sur la partie moyenne de la face interne de la 7^e côte de chaque côté. — La partie antérieure des corps vertébraux présente des productions analogues.

Cœur. Valvule mitrale insuffisante avec nodules calcaires; valvule tricuspide à bords épaissis. Sigmoides normales.

REMARQUES. Cette observation est un exemple remarquable d'une évolution latente, et peut-être assez rapide, de la diathèse cancéreuse chez un sujet âgé, et de sa manifestation sur un grand nombre de points à la fois, sans qu'il y ait eu pendant la vie aucun signe de cachexie ni aucun autre symptôme qu'une fracture survenue spontanément et n'arrivant pas à la consolidation.

11. Tumeur blanche du coude. — Albuminurie. — Amputation du bras. — Mort au 8^e jour; par M. BOUVERET, interne des hôpitaux.

P..., 22 ans. Le début de la tumeur blanche remonte à sept ans environ. Depuis huit à dix mois, suppuration abondante,

anémie, amaigrissement, perte des forces. Beaucoup d'albumine dans l'urine. Cet état général ne permettait guère l'opération. Cédant aux vives instances du malade M. BROCA consentit à la pratiquer; mais il augurait mal du résultat définitif.

OPÉRATION. Amputation du bras par la méthode circulaire. Suture de la peau, suture profonde et tube à drainage. Pansement ouaté. Dès le deuxième jour le malade se plaignit de douleur dans le moignon; le quatrième il eut un violent frisson; en même temps se déclara une diarrhée intense qui persista jusqu'à la fin. La température s'éleva, le soir, à 39°, 5, 40° et même 40°, 5. Au sixième jour, nouveau frisson, moins intense que le premier, oppression vive, pouls petit, fréquent, dépressible. — Mort le huitième jour.

AUTOPSIE. La plaie n'est pas réunie; le foyer d'amputation est rempli d'un pus séro-sanguinolent. Phlébite; pus dans une veine humérale. Ostéo-myélite suppurée remontant jusqu'à la tête humérale.

Cavité abdominale. Grande quantité de liquide louche dans la cavité péritonéale. Péritonite partielle des hypochondres avec grande quantité de fausses membranes, surtout autour du foie. *Rate* volumineuse, présentant en plusieurs points la dégénérescence cireuse. *Foie*, de volume normal, adhérences multiples, parenchyme graisseux; pas de dégénérescence cireuse. *Intestin* quelques fausses membranes sur la tunique péritonéale, traces d'hyperémie sur la muqueuse. *Reins* tous les deux très-volumineux. Poids 300 gr. et 290. gr. L'un et l'autre présentent le type du gros rein blanc. Dégénérescence amyloïde portant surtout sur les glomérules; réaction caractéristique par la teinture d'iode et l'acide sulfurique. Des coupes pratiquées dans la substance corticale montrent une dégénérescence graisseuse des cellules épithéliales dans les tubes contournés, et une prolifération conjonctive portant surtout sur les glomérules et leur voisinage.

Pleurésie sèche à droite avec congestion pulmonaire; ni infarctus ni abcès pulmonaire. Péricardite sèche. — *Cœur* petit et graisseux.

CONCLUSIONS. Cette observation est un exemple de plus de l'influence que peuvent exercer les lésions viscérales antécédentes sur les traumatismes accidentels ou chirurgicaux. Le malade portait une grave lésion rénale, d'ailleurs complexe: dégénérescence amyloïde, néphrite parenchymateuse et néphrite interstitielle due certainement à cette suppuration osseuse qui datait de plus d'un an. A son tour cette maladie de Bright avait produit une altération profonde de la constitution générale, rendue évidente par les inflammations multiples

des séreuses constatées à l'autopsie : péritonite, pleurésie, péricardite. Dans de telles conditions, le malade devait mal supporter le traumatisme ; son moignon fut très-rapidement pris d'inflammation suppurative : phlébite et ostéomyélite, accidents graves auxquels il a succombé.

12. Cysto-sarcome du sein ; par M. G. DE MARIGNAC, interne des hôpitaux.

Rose S... 50 ans, entre le 1^{er} mai 1877, à l'hôpital Necker, (service de M. GUYON.)

Antécédents. Le père est mort d'un accident, la mère de suites de couches. La malade a vu ses règles se supprimer à l'âge de 30 ans, à la suite d'une violente émotion ; elle n'a jamais eu d'enfants. Il y a environ 15 ans, elle reçut sur le sein gauche un coup de poing qui paraît avoir déterminé un simple épanchement de sang qui se dissipa rapidement. Quelque temps après, la malade remarqua l'existence d'une grosseur, du volume d'une noix, occupant l'endroit où elle avait reçu son coup de poing, c'est-à-dire exactement au niveau de l'aréole. Cette grosseur ne lui a jamais causé la moindre douleur, ni spontanée, ni provoquée. D'après le récit de la malade, cette tumeur serait toujours restée stationnaire jusqu'en février 1877. A cette époque, elle s'aperçut que son sein gauche grossissait en même temps qu'il devenait douloureux ; elle ne se rappelle pas avoir reçu à ce moment un nouveau coup. Elle ressentait des douleurs aiguës, des élancements dans le sein, mais elle n'a jamais éprouvé d'irradiations douloureuses, ni dans le bras, ni ailleurs. Le toucher et la palpation étaient, par eux-mêmes, peu douloureux. Au bout d'un certain temps et avant qu'il eût atteint son volume actuel, le sein, qui était dur et également résistant dans toute son étendue, commença à se ramollir un peu à certains endroits. Ne voyant aucune amélioration dans son état, malgré un traitement résolutif qu'elle suivit pendant peu de temps, la malade se décida à se laisser opérer.

Etat au moment de l'entrée. La malade paraît un peu plus vieille que son âge, elle est maigre et assez faible, mais elle jouit pourtant d'une bonne santé habituelle. Le sein droit est complètement atrophié. Le sein gauche présente un volume égal à celui des deux poings, il est proéminent, comme repoussé en avant ; le mamelon est légèrement effacé ; la peau est tendue, luisante, un peu rouge en certains points, sillonnée de quelques veines, elle donne à la main une sensation de chaleur assez marquée. La palpation dénote l'existence d'une masse dure et résistante, légèrement bosselée, au côté interne

de la tumeur, tandis qu'au côté externe on trouve un point un peu saillant où la peau semble amincie et très-tendue, qui présente une fluctuation très-manifeste. Il y a donc une collection liquide enfermée dans un kyste à parois assez épaisses. La peau ne présente pas d'adhérences à la tumeur. Pas d'engorgement ganglionnaire dans l'aisselle. La pression ne fait rien sortir par le mamelon. — Médication reconstituante.

3 juin. La tumeur ne paraît pas avoir augmenté ; mais la peau paraît s'être amincie, et la fluctuation s'observe sur une étendue beaucoup plus grande.

Opération faite le 4 juin. Pendant l'ablation de la tumeur, le bistouri ouvre une grande poche kystique qui renferme environ 300 grammes de liquide verdâtre, non visqueux. — La plaie est pansée à l'alcool pur, et réunie par des points de suture superficiels, après que l'on y a placé des drains. A la date du 20 juin, la plaie est complètement cicatrisée, la malade va parfaitement.

Description de la tumeur. Le kyste ayant été ouvert pendant l'opération, on n'a pas pu examiner complètement le liquide qui s'en est échappé ; il était verdâtre, fluide, non visqueux, non grumeleux, il y en avait environ 300 grammes.

La tumeur n'atteignait pas tout à fait le volume des deux poings, la peau était un peu adhérente au niveau du mamelon. La glande a complètement disparu, cependant on en trouve quelques lobules sains à la partie postérieure de la tumeur.

En incisant tout à fait le kyste, on trouve une grande cavité, tapissée par une membrane lisse, d'aspect grisâtre. Les parois de cette cavité sont recouvertes de végétations, de saillies mamelonnées, de prolongements, d'aspect et de dimensions très-variées. L'un de ces mamelons est beaucoup plus gros que les autres, il atteint le volume d'une grosse noix ; en le coupant transversalement, on obtient une surface d'aspect blanchâtre, de consistance un peu élastique et montrant de nombreuses petites cavités kystiques, de grandeurs très-diverses, qui renferment un liquide visqueux et jaune-clair.

Dans plusieurs points, on trouve de petites plaques dures, rugueuses, crétacées et qui, vues au microscope, ne renferment pas d'ostéoplastes ; traitées par un acide elles donnent un peu d'effervescence.

Examen microscopique (fait dans le laboratoire de M. Vulpian). En raclant la tumeur fraîche, on obtient un amas de cellules à noyaux d'aspect fusiforme.

Sur des coupes, faites après durcissement dans l'alcool, l'on trouve de nombreuses cavités kystiques, de grandeur très-variable, tapissées par un épithélium formé d'une couche de

cellules cylindriques à noyaux, reposant sur une membrane anhiste. Quelques-unes de ces cavités sont tapissées en entier, d'autres ne le sont qu'en partie, et présentent dans leur cavité des cellules granuleuses sans forme régulière. Le tissu intermédiaire est formé par des amas de cellules fusiformes à noyaux, disposées régulièrement et séparées en certains points par du tissu fibreux.

REMARQUES. L'examen microscopique permet de ranger cette tumeur parmi les cysto-sarcomes fasciculés. Les cavités tapissées par un épithélium cylindrique sont des culs-de-sacs glandulaires, dont les uns ont gardé de petites dimensions, tandis que les autres se sont considérablement agrandis.

La marche de cette tumeur permet de distinguer deux périodes, une première pendant laquelle elle est restée stationnaire, probablement à l'état d'adénome, et une seconde pendant laquelle elle s'est transformée en tumeur kystique. L'histoire de cette tumeur concorde donc avec les théories de Velpeau et de M. Cadiat; en effet ces auteurs admettent que le cysto-sarcome du sein peut être une simple modification de l'adénome.

Nous attirerons également l'attention sur la couleur verdâtre du liquide qui s'est échappé de la poche; ordinairement c'est un liquide beaucoup plus clair que l'on rencontre dans ces tumeurs. La couleur de ce liquide et l'aspect de la poche rappelaient tout à fait certains kystes de l'ovaire.

13. Fractures expérimentales du bassin par chute sur le siège; par M. CH. FÉRÉ, interne provisoire des hôpitaux.

D'après des expériences nombreuses faites à la Salpêtrière en 1875 et dont j'ai communiqué les résultats à la Société en février 1876, j'avais fait remarquer que, dans les fractures doubles verticales du bassin par écrasement latéral ou par chute sur la crête iliaque, la fracture postérieure portait un peu plus souvent sur le sacrum que sur la partie postérieure de l'os iliaque. La plupart des auteurs admettent une opinion opposée, sauf pourtant M. Voillemier qui a montré que les fractures de l'aile du sacrum par ce mécanisme ne sont pas exceptionnelles; d'après les faits qu'il rapporte, on pourrait même croire qu'elles sont les plus fréquentes. Je ne saisis cette divergence tient à l'âge ou au sexe des sujets sur lesquels on a observé ou expérimenté, ou à toute autre cause, je dirai seulement que dans trois nouvelles expériences du même genre faites à Bicêtre sur des hommes (de 56 à 63 ans), la fracture a porté sur la partie postérieure de l'os iliaque.

Dans les observations où la fracture double verticale du

bassin a été bien nettement produite par une chute, soit sur le siège, soit sur un membre inférieur (Richerand, Voillemier,) la lésion paraît avoir toujours porté en arrière sur la ligne des trous sacrés. J'ai voulu rechercher si, par un mécanisme analogue, on reproduirait constamment cette même lésion. Mes expériences ont porté sur 26 hommes tous âgés d'au moins 50 ans (Bicêtre).

Voici comment j'ai procédé : les membres inférieurs fixés dans l'extension complète sont relevés par un lien attaché autour du cou sur la face antérieure du tronc avec lequel ils forment un angle aigu. Le sujet est ensuite élevé par une poulie, à l'aide d'une corde passant circulairement au-dessous des aisselles, jusqu'à trois mètres du sol environ ; le cadavre étant disposé pour que les ischions soient bien saillants et autant que possible sur le même plan, on le laisse tomber brusquement.

Dans les six premières expériences, il y eut en même temps qu'une fracture du bassin des fractures de la colonne vertébrale ; une fois même, il y eut seulement fracture d'une vertèbre et de plusieurs os de la cage thoracique. J'ai pensé que ce résultat pouvait être dû à la flexion extrême des membres inférieurs sur le tronc, ce qui exagérerait la courbure antérieure du rachis et le mettrait dans des conditions plus favorables à une rupture. Dans les expériences suivantes, j'ai disposé les membres inférieurs de telle sorte qu'ils fissent un angle droit avec le tronc qui au moment de la chute était à peu près vertical. Les fractures du rachis ne se sont plus produites que trois fois dans la suite.

Je vais résumer les résultats de ces expériences, d'abord en ce qui concerne le bassin.

1. — Quand la chute s'est faite bien d'aplomb sur les deux ischions, ce qui est relativement assez rare, on peut observer des lésions qui varient avec la résistance individuelle du sujet : 1° soit une double fracture des ailes du sacrum, suivant la ligne des trous sacrés, sans déplacement aucun et sans lésion des pubis (1 cas) ; 2° soit une double fracture du sacrum dans les mêmes points, avec déplacement du fragment médian qui s'enfonce comme un coin entre les deux latéraux, et en même temps fracture d'un pubis dans son corps (1 cas) ou dans ses deux branches (5 cas), ou encore diastasis de la symphyse pubienne (2 cas). Quand le déplacement du fragment postérieur médian est plus prononcé d'un côté que de l'autre, c'est ordinairement du côté où le déplacement est le plus considérable que se fait la fracture du pubis. Dans ces cas, comme dans les suivants, le trait de la fracture du pubis présente une direction à peu près cons-

tante. Quand le déplacement du fragment sacré médian qui supporte la colonne vertébrale est assez considérable pour que l'extrémité inférieure de l'os soit venue butter contre le sol, on trouve en même temps une fracture transversale du sacrum qui a porté dans les deux cas où elle s'est présentée sur la troisième pièce ; le fragment inférieur est plus ou moins refoulé en avant et forme avec le fragment supérieur un angle à sinus antérieur plus ou moins ouvert.

D'après M. Voillemier (*Clinique chir.* p. 117), les fractures verticales de l'aile sacrée seraient toujours et nécessairement accompagnées de fractures complètes du segment antérieur du bassin. La première expérience de ce groupe ne concorde pas avec cette opinion ; elle ne ressemble du reste guère aux observations de l'auteur que je viens de citer, dans lesquelles la chute s'est faite d'un lieu très-élevé et ne pouvait par conséquent produire qu'une fracture avec grand déplacement et complète. Cette fracture incomplète me paraît propre à montrer le mode de production des fractures doubles verticales du bassin par chute sur le siège : le sacrum paraît céder d'abord ; quand il cède dans les fractures doubles verticales par écrasement latéral, c'est le contraire, puisque j'ai pu produire des fractures du pubis seul.

II. — Lorsque, ce qui est le plus ordinaire, la chute a lieu surtout sur un des ischions, on trouve une fracture double verticale du côté de l'ischion qui a porté le premier et le plus rudement.

En arrière, la fracture porte on pourrait presque dire constamment sur l'aile du sacrum : tantôt elle suit cette ligne dans toute sa longueur (5 cas) ; tantôt elle s'étend seulement depuis la partie supérieure de l'aile sacrée jusqu'au deuxième ou au troisième trou et se dévie ensuite en dehors pour se porter vers le fond de l'échancrure sciatique (4 cas) ; quelquefois même, le trait de la fracture se continue à la fois vers l'échancrure sciatique et sur la partie inférieure de la ligne des trous sacrés, de sorte qu'il existe entre les 2 fragments principaux un troisième petit fragment mobile, triangulaire, à sommet supérieur (2 cas).

Cette disposition de la fracture postérieure présente peu d'exceptions : j'ai trouvé seulement deux fois à sa place une diastase de la symphyse sacro-iliaque ; dans trois autres cas la fracture portait sur l'os coxal, je reviendrai plus loin sur ces dernières exceptions.

Si on rapproche ces résultats de ceux qu'on obtient par l'écrasement latéral du bassin on y trouvera un certain intérêt. Ainsi, dans cette série d'expériences, sans compter les fractures bilatérales du sacrum, sur 16 cas où il y a eu fracture dou-

ble verticale du bassin (y compris les deux luxations sacro-iliaques) 11 fois la fracture postérieure a porté sur la ligne des trous sacrés. On peut donc dire que c'est là une localisation à peu près constante. La proportion est toute différente dans les cas de fracture par écrasement latéral ; sur 32 expériences, en éliminant les cas où il y a eu fracture du pubis seul et ceux où il y a eu en même temps luxation sacro-iliaque, il restait 24 observations relatives à de véritables fractures doubles verticales ; douze fois la fracture postérieure portait sur l'aile sacrée et neuf fois sur la partie postérieure de l'os iliaque au voisinage de son articulation avec le sacrum. Si j'ajoute à ces chiffres qui résument des expériences faites sur des vieilles femmes de la Salpêtrière les trois nouvelles expériences faites à Bicêtre sur des hommes et dans lesquelles la fracture a porté sur la partie postérieure de l'os iliaque au voisinage de la symphyse j'arrive à avoir un chiffre égal pour les deux variétés de fractures.

Ce résultat est contraire à l'opinion de la plupart des auteurs qui admettent que dans les fractures doubles verticales du bassin, qu'elle que soit leur cause, c'est presque toujours la partie postérieure de l'os iliaque qui est rompue. M. Voilemier a montré que la fracture de l'aile sacrée n'est pas exceptionnelle. D'après l'ensemble de mes expériences, non-seulement la fracture de l'aile sacrée ne serait pas exceptionnelle, mais même dans les cas d'écrasement latéral elle serait aussi fréquente que la fracture de l'os iliaque, et dans les cas de chute sur le siège, elle serait pour ainsi dire la règle.

Je reviens maintenant aux lésions du segment antérieur du bassin dans les cas de fracture double verticale par chute sur le siège. En avant, la fracture peut porter sur le corps même du pubis (2 cas), mais bien plus souvent on la voit sur les deux branches (10 cas). Qu'elle porte sur le corps ou sur les branches sa direction est à peu près constante : rarement elle est directement antéro-postérieure (3 cas) ; dans la grande majorité des cas, elle est oblique d'avant en arrière et de dedans en dehors de sorte que le corps ou la branche horizontale se trouve divisé parallèlement à la gouttière sous-pubienne. La fracture de la branche horizontale, quand elle existe, est ordinairement horizontale et siège à 1 ou 2 centimètres au-dessous de la symphyse. Il est rare que la tubérosité ischiatique écrasée soit divisée par une fracture verticale qui aille rejoindre la partie inférieure du trou sous-pubien (2 cas). Dans deux autres cas la fracture portait sur l'éminence iléo-pectinée se continuait en arrière et en dehors jusqu'à la partie moyenne du détroit inférieur, traversait en avant la cavité cotyloïde pour se terminer un peu en arrière et au-dessus de la tubé-

rosité ischiatique, où elle rejoint le trait supérieur qui a divisé de haut en bas la face interne de l'ischion. On voit que même dans les cas exceptionnels la direction de la fracture est toujours la même, oblique d'avant en arrière et de dedans en dehors, de sorte que par la pression sur les parties latérales du bassin, on ne peut obtenir aucune réduction du diamètre biliaire. Ce résultat constant est surtout intéressant si on le rapproche de ce qu'on voit dans les cas de fracture double verticale par écrasement latéral; alors, en effet, le trait de la fracture du pubis est oblique en sens inverse, c'est-à-dire d'avant en arrière et de dehors en dedans de sorte qu'on peut toujours avoir une réduction du diamètre biliaire.

Avec une fracture double verticale d'un côté, on peut trouver une fracture du pubis du côté opposé portant soit sur le corps (1 cas) soit sur les branches (1 cas).

Je n'ai trouvé qu'une seule fois avec une fracture unilatérale du sacrum la diastasis de la symphyse pubienne. Une autre fois cette diastase coexistait avec une fracture de l'os iliaque.

III. — J'appellerai maintenant l'attention sur les cas exceptionnels que je n'ai fait qu'indiquer plus haut, et dans lesquels la fracture postérieure ne portait pas sur l'aile sacrée.

Dans le premier, il existait une fracture du pubis droit oblique comme d'ordinaire d'avant en arrière et de dedans en dehors, et en outre une fracture verticale de l'os iliaque du même côté. L'os n'était pas rompu dans sa partie postérieure au voisinage de la symphyse sacro-iliaque comme dans les cas d'écrasement latéral, mais à peu près sur la partie moyenne de la fosse iliaque. La fracture présentait encore cette particularité qu'à sa moitié inférieure, le fragment antérieur est taillé en biseau aux dépens de sa face interne, le fragment postérieur présentant une disposition inverse; de sorte que le trait de la fracture était situé 6 centimètres plus en avant sur la surface interne de l'os que sur l'externe; les deux lignes convergeaient de nouveau vers le bord inférieur de l'os pour se réunir au fond de l'échancrure ischiatique.

Sur la seconde pièce que je présente, il existe une fracture incomplète qui me paraît de nature à expliquer le mode de production de la première. Il y a diastasis de la symphyse pubienne, le fibro-cartilage est resté attaché au pubis gauche. Le bord supérieur du pubis droit est plus élevé de 3 à 4 millimètres que celui du pubis gauche. Sur l'os iliaque droit, on voit une fracture qui part du milieu de la crête iliaque, descend jusqu'à la partie inférieure de la fosse iliaque interne où elle s'arrête à 3 centimètres en avant de la symphyse sacro-iliaque et à 2 environ au-dessus de la ligne innominée; jusque là, le trait de la fracture de la face externe correspond

exactement à celui de la face interne. À partir de ce point, au contraire, on voit que sur la face interne de l'os, le trait de la fracture se dévie brusquement en avant pour devenir presque horizontal et va se terminer au niveau du détroit inférieur à peu près à 2 centimètres en arrière de l'éminence iléo-pectinée; sur la face externe, à partir du même point le trait de la fracture se dévie brusquement en arrière pour aller se terminer dans la partie inférieure de la symphyse sacro-iliaque. En somme, la forme générale de cette fracture représente un Y renversé dont la branche de bifurcation antérieure est figurée par la fracture de la face interne et la branche postérieure par la fracture de la face externe. Le sacrum est absolument intact ainsi que tout le reste du bassin; il existe seulement sur le bord inférieur de l'os iliaque gauche une petite fistule de 2 centimètres de longueur environ qui part de la symphyse sacro-iliaque et n'atteint pas le fond de l'échancrure ischiatique. Si on fait presser de bas en haut sur la tubérosité de l'ischion du côté de la fracture, on voit le pubis s'incliner en avant; en même temps qu'il se produit un écartement dans la fracture de l'os iliaque, le bord supérieur du fragment antérieur (crête iliaque) se porte en dehors; la torsion de l'os iliaque s'exagère, et si on continuait l'effort, la fracture se complèterait.

La description des pièces suffirait pour montrer que, dans ces cas, la fracture ne se produit point par le même mécanisme que dans les cas ordinaires. Quand dans une chute sur le siège il se produit une fracture bilatérale ou unilatérale, suivant la ligne des trous sacrés, la lésion est due à un enfoncement de la partie moyenne du sacrum qui supporte le poids du tronc transmis par la colonne vertébrale. L'enfoncement du sacrum qui peut exister seul, est produit directement au moment du choc par la *puissance*. Ici, il en est tout autrement : le sacrum, et l'os iliaque résistent au choc, l'ischion qui, au moment de la chute porte obliquement sur le sol, transmet l'effort de la résistance au pubis qui se rompt dans sa continuité (1^{er} cas) ou se détache de son congénère (2^me cas) et la force continuant son action, tend à exagérer la torsion en dedans de l'os iliaque qui commence à se rompre par sa partie externe et supérieure, c'est-à-dire par la crête. Ces *fractures doubles, par torsion de l'os iliaque*, ne peuvent se produire qu'à condition que le segment postérieur du bassin ne cède pas au choc : leur agent principal est la résistance de l'ischion.

IV. — Dans un autre fait exceptionnel, il existait une fracture de la branche horizontale du pubis parallèle à la gouttière sous-pubienne et une fracture transversale de la branche descendante à 2 centimètres au-dessous de la symphyse. En

arrière on trouvait une autre fracture incomplète, partant du fond de l'échancrure ischiatique et remontant à peu près verticalement jusqu'au milieu de la fosse iliaque; l'angle formé par le bord postéro-inférieur de l'os iliaque, paraît avoir été écarté.

V. — En terminant je dirai quelques mots des fractures des os du trouc qui se sont produites en même temps que les fractures du bassin et ont résulté du même traumatisme; c'est seulement pour montrer leur fréquence relative et non pour en faire une étude spéciale.

Sur 26 précipitations sur le siège, j'ai produit 25 fois des fractures du bassin, une seule fois le bassin est resté intact, mais il y avait en même temps fracture du rachis du sternum et de plusieurs côtes. Dans 8 autres cas, on a trouvé des fractures du rachis avec des fractures du bassin.

Dans le cas où la fracture de la colonne existait sans fracture du bassin, il y avait une rupture transversale du corps de la quatrième vertèbre lombaire qui était écrasé à tel point que le doigt pénétrait dans son tissu, et aussi bien dans le fragment supérieur que dans l'inférieur; les surtout ligamenteux antérieur et postérieur étaient complètement déchirés; l'apophyse épineuse de la troisième lombaire était arrachée dans sa partie moyenne; il y avait un déplacement angulaire considérable du fragment supérieur en avant et un déplacement suivant l'épaisseur dans le même sens. Dans les 8 autres cas, les lésions des vertèbres étaient beaucoup moins graves et présentaient la plus grande analogie. Quand le sujet était étendu sur le dos, le surtout ligamenteux antérieur étant resté à peu près intact, on ne remarquait rien de particulier; mais en pressant avec le doigt sur la partie antérieure des corps vertébraux, on sentait sur un point un défaut de résistance plus ou moins manifeste suivant le degré d'écrasement. En soulevant la partie supérieure du tronc, on voyait la face antérieure du corps de la vertèbre lésée, diminuer de hauteur, le surtout ligamenteux se plisser; et en même temps dans quelques cas, à mesure qu'on augmentait la flexion du rachis, on voyait sortir de petites déchirures de ce surtout une matière demi-liquide, rouge brun analogue à la boue splénique, constituée par du tissu osseux écrasé et délayé dans le sang. Ce n'est qu'après avoir enlevé le surtout antérieur qu'on peut voir nettement la fracture transversale du corps de la vertèbre. Dans tous ces cas, il y avait seulement une déviation angulaire peu étendue de la colonne; les apophyses épineuses étaient intactes et avaient conservé leurs distances. Il n'y avait qu'une seule vertèbre brisée sur 5 sujets : 1 fois la douzième dorsale, 2 fois la deuxième lombaire, 2 fois la qua-

trième lombaire. Sur 3 autres sujets il y avait à la fois 2 vertèbres écrasées, dans 2 cas, la première et la cinquième, dans l'autre, la première et la seconde vertèbre lombaires. Dans un cas où le corps de la quatrième lombaire était écrasé, une exostose sésiliforme formant un pont au-dessus du fibro-cartilage intermédiaire à la 3^e et à la 4^e lombaire, était complètement détaché à sa base de la vertèbre brisée, c'est-à-dire qu'elle ne tenait plus que par sa moitié supérieure.

Outre les fractures du bassin et du rachis, les chutes sur le siège ont encore produit des fractures du sternum, des côtes et des cartilages costaux, dues, comme celles du rachis, à la fluxion exagérée du tronc.

Dans le cas unique où le bassin était intact on trouvait, outre une fracture avec déplacement de la quatrième vertèbre lombaire, une fracture transversale du sternum située immédiatement au-dessous de l'articulation de la deuxième côte. En avant le périoste est rompu et il existe une saillie angulaire qui s'exagère quand on fléchit fortement le cou et le tronc. En arrière, le périoste est intact; il n'y a pas de déplacement suivant l'épaisseur.

Sur ce même sujet, il existait 3 fractures de côtes : une sur la septième côte droite à 15 mm. en dehors de l'articulation chondro-costale et deux autres sur les cinquième et sixième côtes gauches à 5 cent. en dehors du cartilage; ce sont des fractures complètes à direction sensiblement perpendiculaire à l'axe des os. Il existait une fracture analogue de la sixième côte gauche à 2 cent. en dehors du cartilage sur un sujet qui présentait une fracture double verticale gauche du bassin sans lésion du rachis.

Sur un autre sujet, présentant une fracture double du sacrum, on trouvait une fracture du septième cartilage costal gauche à 6 centim. en dehors du sternum.

Séance du 15 juin.

PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

14. Anévrysme de la crosse aortique ; infiltration caséuse généralisée du poumon gauche ; par M. DEFONTAINE, externe des hôpitaux.

Roux (Auguste), 42 ans, menuisier, entre le 24 mai à l'hôpi-

tal Saint-Antoine (service de M. FERNET). Il se plaint de tousser constamment depuis deux ou trois mois; il a perdu l'appétit et les forces, il éprouve une oppression croissante qui lui rend tout travail impossible. Il n'a jamais eu d'hémoptysies.

L'état général est manifestement cachectique : la pâleur, l'amaigrissement sont extrêmes; il y a un peu d'œdème des jambes. L'examen du cœur ne révèle rien d'anormal : les battements sont réguliers, sans bruits anormaux, il n'y a pas d'hypertrophie; le malade n'a jamais éprouvé de palpitations. Au thorax on constate une diminution de la sonorité dans toute la hauteur du côté gauche, avec matité incomplète à leur base; la respiration rude et soufflante de la fosse surépineuse est, plus bas, très-affaiblie; les vibrations thoraciques ne paraissent pas altérées. A droite, rien d'anormal. Il y a de la fièvre et des sueurs nocturnes fréquentes; la dyspnée est modérée, l'expectoration presque nulle. On conclut à l'existence d'une *infiltration tuberculeuse* du poumon gauche avec *pleurésie symptomatique* sans épanchement actuel.

Les jours suivants l'expectoration devint plus abondante et le malade offrit une série de symptômes qui firent croire au développement d'un *pneumothorax* dans la partie supérieure de la plèvre gauche; en même temps l'état général continuait à décliner, mais aucun phénomène ne s'était produit qui pût faire supposer un désordre quelconque du côté de l'appareil circulatoire.

Le 9 juin, le malade est pris subitement, le matin, d'une hémoptysie foudroyante; il rejette en l'espace de quelques secondes près d'un demi-litre de sang et succombe avant qu'on ait pu lui porter aucun secours.

AUTOPSIE.—La portion descendante de la *crosse de l'aorte* présente un anévrysme de forme ampullaire, du volume d'une orange de moyenne grosseur, développé en arrière et à gauche; la paroi postérieure du sac anévrysmal est complètement détruite et les corps vertébraux à nu dans la cavité ont été profondément entamés par l'effort du sang; contrairement à ce qu'on observe d'habitude, le disque intermédiaire n'a pas été épargné; il a même subi une perte de substance plus profonde que celle du tissu osseux. A la partie antérieure l'anévrysme est en rapport avec le pédicule pulmonaire, qu'il a refoulé d'arrière en avant : il s'est ouvert dans la bronche gauche par une petite ulcération de forme arrondie, source de l'hémorrhagie qui a amené la mort. A la surface de la tumeur anévrysmale se voit le nerf pneumogastrique qui s'en détache facilement et ne paraît pas altéré.

Le *poumon gauche* présente une infiltration tuberculeuse entièrement généralisée, affectant la forme caséuse, dans son

plus complet développement : il est transformé en une masse volumineuse, pesante, absolument imperméable à l'air et dont la consistance générale rappelle celle du foie : posé sur une table il ne s'affaisse pas ; placé dans l'eau, il gagne le fond immédiatement.

A la coupe, le parenchyme pulmonaire paraît formé d'un tissu scléreux, doux et résistant, dans l'épaisseur duquel se voient des amas caséux d'aspect variable : les uns petits, de forme arrondie et encore consistants offrent l'apparence de tubercules isolés à la deuxième période ; d'autres plus volumineux, irréguliers, sont entièrement ramollis ; enfin dans toutes les parties du poumon on rencontre des excavations anfractueuses remplies d'une matière colloïde semblable à du pus concret. La plus vaste de ces excavations occupe le sommet du lobe supérieur, qui est transformé en une coque à parois épaisses, à moitié remplie de produits purulents : point de doute que cette vaste caverne, en se vidant et se remplissant alternativement, n'ait donné lieu aux phénomènes qui, pendant la vie, ont fait supposer un pneumo-thorax.

La *plèvre gauche* épaissie et recouverte de fausses membranes ne renferme pas de gaz et ne présente aucune trace de perforation.

Le *poumon droit*, légèrement congestionné, ne présente pas de granulations grises : en deux ou trois points seulement vers le sommet on y trouve de petites masses caséuses anciennes ayant subi partiellement l'infiltration calcaire. Les autres organes ne renferment rien de particulier. Cette observation offre un nouvel exemple d'infiltration caséuse limitée au poumon gauche chez un sujet atteint d'anévrysme aortique, ayant pu comprimer la branche gauche de l'artère pulmonaire ; c'est à ce point de vue surtout qu'elle a paru intéressante à rapporter.

15. Lésions d'origine syphilitique observées chez un fœtus mort-né à terme ; par M. le Dr DE SMÉTY.

Les préparations histologiques présentées à la Société proviennent du foie, des reins et du placenta, d'un fœtus mort-né, dont la mère était arrivée au terme de la gestation. Cette femme, qui avouait des antécédents syphilitiques, avait eu déjà deux grossesses terminées par la naissance d'enfants morts. Ces deux autres enfants étaient, au dire de la mère, minces, *enflés et pleins d'eau*. Le troisième, qui est le seul que nous ayons eu l'occasion d'examiner, était fortement oedématié et présentait de l'ascite.

Le *foie*, à l'œil nu, n'offrait pas d'altération appréciable (au

moins sur les portions que j'ai eu entre les mains). Mais sur des coupes histologiques, on croyait que tout le tissu hépatique était infiltré de petits éléments ronds fortement colorés par les réactifs. Ces éléments étaient disséminés dans tout le parenchyme et disséquaient, pour ainsi dire, les traînées de cellules hépatiques. Sur certains points irrégulièrement situés, on voyait une augmentation du nombre de ces éléments embryonnaires, qui, pressés les uns contre les autres, formaient de véritables flots. Cette disposition a été indiquée déjà, dans des cas de ce genre, par M. Charcot et par M. Parrot. Nous avions donc affaire à l'hépatite interstitielle syphilitique du nouveau-né.

Les reins présentaient, à l'œil nu, quelques taches d'un blanc jaunâtre, mais, c'est surtout à l'examen histologique que j'ai pu constater une altération du parenchyme de l'organe. Comme pour le foie, on observait ici une infiltration disséminée de petits éléments ronds, formant sur certains points des flots.

Sur d'autres points la lésion anatomique paraissait de date plus ancienne et, au lieu d'éléments embryonnaires, on voyait entre les tubes un épaississement du tissu conjonctif plus avancé en organisation. Il y avait donc dans ces reins de la néphrite interstitielle à diverses périodes.

Le *placenta* avait des dimensions considérables, si bien que, pendant le travail, l'énorme développement du ventre avait fait penser à la possibilité d'une grossesse gémeillaire. Ce développement exagéré était dû à l'hypertrophie placentaire. Outre l'exagération de son volume, ce placenta présentait une coloration pâle, blanchâtre et une consistance moindre qu'à l'état normal. A l'examen histologique, on voyait que les villosités étaient deux ou trois fois plus développées qu'elles ne le sont dans un placenta normal à terme. Un petit nombre de villosités avait cependant conservé à peu près ses dimensions normales. Dans la plupart des villosités hypertrophiées les vaisseaux avaient disparu ; ils étaient, au contraire, conservés dans les petites villosités. Ces dernières se rencontraient principalement dans la partie des coupes qui se rapprochaient de la face utérine. Le revêtement cellulaire ou épithélial des villosités était parfaitement conservé. En étudiant des coupes avec un fort grossissement, on constatait qu'un certain nombre d'éléments du tissu musculeux qui constitue les villosités, était très-augmenté de volume et présentait une forme sphérique. Sur des préparations traitées par l'éosine, on voyait aussi que les prolongements anastomotiques des cellules du tissu musculeux étaient épaissis et plus étalés qu'à l'état normal. Ce placenta présentait un premier degré de

l'altération qui, à un degré plus avancé, produit la môle hydatiforme, ou myxome du placenta. Je désire encore faire observer que dans ce cas-ci, la portion du caduque maternelle qui accompagne toujours le placenta, paraissait parfaitement saine ainsi que les cellules de revêtement des villosités. Je considère donc ce cas-ci comme présentant des lésions de la portion fœtale du placenta, les éléments maternels restant normaux. On a déjà signalé cet état spécial du placenta sous le nom d'œdème du placenta (1).

Doit-on considérer cette altération placentaire comme se rattachant à la syphilis ? Je l'ignore. Mais en tout cas il est certain que ces mêmes lésions se rencontrent en dehors de tout antécédent syphilitique. D'après les faits que j'ai eu l'occasion d'observer, j'en dirai autant de bien d'autres altérations, plaques jaunes, dégénérescence graisseuse, qu'on a décrit comme d'origine syphilitique et que j'ai vues absolument semblables, dans des placentas expulsés à diverses périodes de la grossesse, par des femmes indemnes de syphilis.

16. Cyanose congénitale ; cœur à un seul ventricule ; par
M. HIPPOLYTE MARTIN, interne des hôpitaux.

(Cette observation a été présentée à la Société médicale des hôpitaux, par M. LABRIC) :

F... Léon, âgé de 12 ans, est entré à l'hôpital des Enfants, service de M. LABRIC, le 31 mai 1877. Les renseignements que nous avons pu recueillir sur sa première enfance ne sont pas très-circonstanciés. Sa mère est morte depuis longtemps d'une affection inconnue et son père nous apprend simplement qu'au moment de sa naissance, il était bleuâtre asphyxié ; on eut beaucoup de mal à lui faire faire sa première inspiration, et quoique depuis lors il ait pu s'allaiter et vivre convenablement, il a toujours gardé la même teinte cyanique. Il a marché fort tard, et a toujours été débile, s'enrhumant avec facilité, peu propre aux exercices du corps et de l'intelligence ; de sorte qu'il n'est jamais allé à l'école, mais se livrait simplement à quelques soins de ménage chez la personne qui l'avait recueilli depuis la mort de sa mère. Nous n'avons pu savoir exactement s'il était très-sensible à l'action du froid, avec tendance manifeste au refroidissement.

L'année dernière il a déjà été soigné à l'hôpital des Enfants, pour une tumeur blanche du genou gauche. Après une appli-

(1) Pathologische anatomie der Weiblichen Sexualorganen. Klob 1864, p. 558.

cation répétée de pointes de feu, il est sorti du service de chirurgie guéri par ankylose incomplète de l'articulation. Mais déjà à cette époque il toussait beaucoup et présentait des signes d'une affection pulmonaire assez avancée pour compromettre directement son existence et dans un temps prochain. Si donc, l'insuffisance des renseignements ne nous permet de fixer avec exactitude l'époque du début de cette complication, on peut du moins supposer qu'elle remontait à quinze ou dix-huit mois au moment du décès. Depuis l'andernier, il toussait et crachait beaucoup, s'affaiblissait progressivement; mais n'aurait jamais eu d'hémoptysie. Les personnes qui le conduisent dans le service nous apprennent en outre, que depuis huit à dix jours il tousse davantage, a perdu l'appétit et garde le lit, incapable de se tenir sur ses jambes.

Etat à l'entrée. F. est assez bien développé pour son âge; la taille est moyenne, la peau fine et marquée de taches de rousseur, principalement sur le visage; le crâne est petit, mais pas à l'excès. Ce qui frappe tout d'abord, c'est la teinte cyanique générale: l'enfant est absolument bleu de partout et comparable à un pendu, pendant la dernière période de l'asphyxie. Les doigts sont des types de la forme dite hippocratique: la dernière phalange énormément renflée en massue est recouverte par un ongle très-fortement convexe et dont la blancheur du derme sous-jacent tranche vivement avec la teinte bleu foncé générale de la peau. L'enfant a du reste de la tendance au sommeil et il faut le secouer vivement pour en obtenir des réponses.

Cœur. A l'auscultation, on ne trouve rien à la pointe; à la base au contraire, on constate l'existence d'un souffle très-prononcé, au premier temps et dont le maximum est au deuxième espace intercostal gauche, contre le sternum. La percussion fait en outre reconnaître une hypertrophie légère de l'organe: la pointe bat un peu en dehors du mamelon, dans le sixième espace intercostal.

Poumons. A la percussion, on trouve une submatité générale, mais plus complète, aux deux sommets. L'auscultation fait constater l'existence d'énormes cavernes aux deux sommets, il y a à ce niveau du souffle amphorique avec gargouillement, surtout à gauche sous la clavicule. On entend enfin des râles sous-crépitaux humides dans toute l'étendue des deux poumons. Rien de saillant dans les autres organes: le foie et la rate ne sont ni douloureux au palper, ni augmentés de volume. Le pouls est petit, fréquent, mais régulier: il bat 110 fois à la minute; la température est de 37° dans le rectum.

En présence de cet ensemble symptomatique, on fit aussitôt

le diagnostic suivant : rétrécissement congénital de l'artère pulmonaire, phthisie caséuse consécutive. Du reste l'enfant était au plus mal ; le 1^{er} juin, l'oppression est considérable ; il tousse énormément par quintes accablantes, ne mange pas et boit avec peine. Le pouls est à 105 ; la température de 37° (rectum). Le soir du même jour, il est couvert de sueur et dit avoir souffert de la chaleur pendant toute la journée. Le pouls est toujours à 105 environ, même température de 37°.

2 juin. Il a eu plusieurs accès d'oppression pendant la nuit. La respiration est difficile, le facies grippé, les extrémités froides. Pouls à 115 ; température de 37°. Le soir à 6 heures l'agonie a commencé ; le pouls, à peine perceptible, bat 120 par minute ; température de 37°,2. Il meurt dans la nuit.

AUTOPSIE. — *Poumons*. Ils adhèrent à la cage thoracique par leur sommet, et, à gauche principalement, une caverne tout à fait superficielle se déchire pendant l'extraction de l'organe. Elle apparaît alors volumineuse, en bissac, pouvant contenir une orange dans son renflement supérieur ; un liquide puriforme s'écoule de son intérieur. Ce poumon gauche est infiltré dans toute son étendue de masses jaunes caséuses, au milieu desquelles les orifices des bronches apparaissent légèrement dilatés et pleins par place du même liquide puriforme. A droite, même infiltration caséuse et caverne au sommet, d'un volume inférieur cependant à celle du sommet gauche. Il est difficile d'affirmer à l'œil nu l'existence de granulations tuberculeuses ; on n'en trouve point, du reste, dans les autres organes.

Cœur. Nous nous trouvons en présence d'un cœur à trois cavités, n'ayant, en d'autres termes, qu'un seul ventricule. En voici du reste une description détaillée : une incision faite à la pointe nous fait pénétrer dans une grande cavité ventriculaire ayant la forme d'un cône ou plutôt d'un triangle curviligne. Une valvule tricuspide dont les trois valves sont bien plus nettement dessinées que sur la valvule auriculo-ventriculaire droite d'un cœur normal, s'insère sur les trois faces de ce triangle, et correspond à un large orifice situé sur la portion gauche du cône ventriculaire, et donnant accès dans l'oreillette gauche. Cette valvule est vaine et oblitère bien l'orifice. Quant à l'oreillette correspondante, sa conformation est normale : les quatre veines pulmonaires viennent s'y aboucher en lieu voulu. L'oreillette droite juxtaposée ne présente également aucune anomalie, du moins quand on la considère par sa surface extérieure, où l'on aperçoit l'orifice normal des deux veines caves ; disons seulement que la valvule située à l'embouchure de la veine cave inférieure est plus large, plus proportionnée à l'orifice que d'habitude. Mais quand on

examine cette oreillette par sa face interne, on constate l'absence de l'orifice auriculo-ventriculaire normal. Il est remplacé par un long canal étroit qui semble se glisser dans la paroi postérieure du ventricule unique, pour venir s'ouvrir dans ce ventricule à environ quinze millimètres de la pointe. Cet orifice ventriculaire est tout à fait dissimulé entre deux volumineux piliers de second ordre, sur la paroi postérieure, de sorte qu'il échappe complètement à un premier examen, et on n'en constate l'existence qu'en y faisant pénétrer un stylet par l'ouverture auriculaire.

Il n'y a pas trace de valvule dans toute l'étendue de ce canal. A la base du cône ventriculaire, à droite de la valvule et de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche, viennent s'ouvrir à côté l'une de l'autre, l'aorte et l'artère pulmonaire. Un pilier charnu horizontal, volumineux et qui se portant de la paroi ventriculaire à la valvule tricuspide, semble destiné à fortifier les insertions de la valve droite de cette valvule, convertit la portion du ventricule correspondante à ces deux gros vaisseaux en une sorte de diverticulum. L'aorte est antérieure : son orifice, sa crosse et ses divisions sont normalement constitués ; elle est pourvue de trois valvules semi-lunaires bien développées. L'artère pulmonaire s'aperçoit immédiatement derrière l'aorte ; son diamètre est tellement rétréci, qu'il n'est pas supérieur à celui d'une forte plume de corbeau. Le pourtour de son orifice ventriculaire est blanc, nacré et résiste légèrement sous le scalpel. Le vaisseau étant intact, on n'y voit pas d'abord de valvules ; mais en le fendant dans toute sa longueur, on trouve *deux* valvules semi-lunaires plus larges et par suite bien plus élevées que sur un cœur normal : elles paraissent oblitérer complètement l'orifice.

Enfin, le trou de Botal n'était pas oblitéré ; il existait entre les deux oreillettes une ouverture pouvant admettre une sonde uréthrale. Pas d'hypertrophie des parois des oreillettes ; l'épaisseur de l'*unique* ventricule était celle d'un ventricule gauche normal.

17. Élections.

MM. DAROLLES, GÆTZ et LÉGER sont nommés *membres correspondants* de la Société.

Séance du 22 juin.

PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

18. Communication congénitale des ventricules du cœur;
par M. GASTON DECAISNE, interne des hôpitaux.

D..., âgée de 26 mois, entre le 3 mai 1877, à l'hôpital des Enfants-Malades, dans le service de M. BOUCHUT, salle Sainte-Catherine, n° 49. On n'a sur elle aucun renseignement, si ce n'est que, depuis deux jours, elle vomit et a de la diarrhée. Ces symptômes ne persistent pas après l'admission de l'enfant à l'hôpital. Elle n'a pas de fièvre, mange et dort bien, et rien ne décèle à première vue chez elle un état morbide quelconque. De tous les organes interrogés successivement, c'est le cœur qui fournit les signes les plus positifs. En effet, l'auscultation fait découvrir un bruit de souffle systolique intense occupant toute la région précordiale, s'étendant même au côté droit de la poitrine, et perceptible jusque dans la région thoracique postérieure. Le maximum de ce souffle correspond manifestement à la base du cœur et à la partie moyenne de ce viscère. Il existe en même temps une voussure considérable, avec frémissement cataère. Le pouls bat à 102 pulsations par minute. Il est d'ailleurs régulier, non intermittent. La matité cardiaque n'est pas sensiblement augmentée.

L'absence de phénomènes généraux écartait l'idée d'une affection aiguë. Aussi, M. Bouchut s'arrêta-t-il à l'hypothèse d'une lésion congénitale. Mais quelle était cette lésion? L'absence de cyanose excluait l'idée d'un rétrécissement de l'artère pulmonaire. On n'avait plus à hésiter qu'entre un rétrécissement aortique et une persistance du trou de Botal. C'est à ce dernier diagnostic qu'on finit par s'arrêter, tout en faisant des réserves.

Pendant quelque temps, l'enfant continua à se bien porter. La respiration était libre, il n'y avait pas de suffocations. Les digestions étaient bonnes, mais bientôt la petite malade se mit à tousser et à s'affaiblir. En même temps, des râles muqueux apparurent à la base et à la partie moyenne du poumon droit. La mort survint le 19 juin 1877.

AUTOPSIE. — Le cœur n'est pas hypertrophié. L'aorte et

l'artère pulmonaire, loin d'être rétrécies, sont plutôt légèrement dilatées, mais leurs valvules sont saines. Les valvules mitrale et tricuspide le sont également. Les parois ventriculaires ne sont pas altérées. Mais, à la partie supérieure de la cloison interventriculaire, sous la valvule mitrale, on trouve un orifice conduisant dans un trajet qui établit une communication entre les deux ventricules. Du côté du ventricule gauche, l'orifice est allongé et sinueux. Du côté du ventricule droit, il est au contraire arrondi et proéminent. L'endocarde à ce niveau est blanchâtre, épaissi et opaque. Le trou de Botal est oblitéré.

Le lobe moyen du poumon droit est, dans une assez grande étendue, le siège d'une induration grise-opaque, sans suppuration, analogue à celle que l'on rencontre dans certains foyers de pneumonie chronique. Les autres parties des poumons sont saines. Le *foie* est volumineux et congestionné. La *rate* est un peu dure, mais normale. Les deux *reins* sont un peu ratatinés. Leur substance corticale est grisâtre, dure, scléreuse. La substance médullaire est blanche et décolorée.

19. Rupture spontanée de l'aorte; épanchement de sang dans le péricarde. Mort subite; par M. Emile Nivet, interne des hôpitaux.

Mar.. Joseph, 56 ans, confiseur, entre à l'hôpital Necker le 14 mai 1877, (service de M. DELPECH), salle Saint-Ferdinand, n° 18.

Le malade est un ancien syphilitique qui présente sur tout le corps des signes variés de syphilis tertiaire, (cicatrices nombreuses, exostoses, etc.). Il se plaint de fortes palpitations qui gênent sa respiration; pas d'œdème des jambes; état relativement calme quand le malade est au repos. Le pouls radial est identique des deux côtés, il est bondissant, se déprime rapidement sous le doigt, et présente tous les caractères du pouls de Corrigan.

À l'examen du cœur on constate : Au palper et à la percussion, une augmentation du volume du cœur, la pointe bat en dehors et au-dessous du mamelon; à l'auscultation, un souffle très-net au 2^e bruit à la base, présentant son maximum au niveau de l'orifice aortique. Le 1^{er} bruit est tout à fait normal.

Aucun soulèvement de la poitrine, aucun frémissement. On porte le diagnostic, insuffisance aortique. Quant à la cause, elle échappe; aucune attaque de rhumatisme antérieure.

28 mai. Le malade sort de l'hôpital dans de bonnes conditions.

4 juin. Il se présente à la consultation et rentre à l'hôpital, salle Saint-Ferdinand, n° 30. Il est très-essoufflé, anxieux,

ses jambes ont enflé. Son cœur est violemment agité; le souffle de la base au 2^e bruit est très-fort, et se propage dans toute la poitrine. Le malade souffre, mais ses douleurs sont mal définies, néanmoins après quelques temps de repos l'anxiété semble avoir diminué. Deux ou trois jours avant la mort, tous les phénomènes s'accroissent, le malade ne peut plus rester au lit, et le 25 au matin, il meurt subitement dans un accès de suffocation.

AUTOPSIE. — La *plèvre* droite renferme un peu de liquide séreux. Le *péricarde* est rempli de sang liquide sans caillot, il contient un cœur volumineux qui fait aujourd'hui l'objet de notre présentation. Le *cœur* est complètement vide de sang; ses parois, surtout celles du ventricule gauche sont très-hypertrophiées et présentent deux ou trois centimètres d'épaisseur.

L'*aorte* est à peine un peu plus volumineuse qu'à l'état normal, juste assez pour rendre insuffisantes les valvules sigmoïdes et donner lieu aux signes que nous avons constatés pendant la vie. Après avoir fendu la crosse aortique dans toute son étendue, en suivant la petite courbure, on constate quelques plaques d'athérome qui sont loin d'avoir la dureté qu'elles présentent ordinairement. On ne remarque aucune ulcération. Les valvules sigmoïdes sont saines. En examinant l'aorte, on aperçoit sur la partie antérieure, une fente demi-circulaire d'un centimètre et demi de longueur située à cinq centimètres au-dessus des valvules sigmoïdes.

Cette éraillure en coup d'ongle n'intéresse que la tunique interne et la tunique moyenne; les bords sont déchiquetés et taillés en biseau de façon à représenter assez bien une sorte de valvule permettant facilement le passage du sang de dedans en dehors, mais venant appliquer ses valves l'une sur l'autre, et s'opposant plus ou moins complètement au retour du liquide dans l'intérieur du vaisseau. À ce niveau il est important de remarquer que les parois de l'aorte ne présentent aucune lésion apparente, aucune plaque athéromateuse, aucune perte de substance.

Cette ouverture fait communiquer l'intérieur de l'aorte avec une poche du volume du poing fermée par le décollement de la tunique celluleuse dans une grande étendue. Mais dans l'intérieur on ne rencontre que du sang liquide, aucune trace de caillots. Tout à fait à la partie inférieure, au niveau de l'oreillette droite, la poche offre une large perforation du volume d'une pièce d'un franc par où le sang a fait brusquement issue dans le péricarde.

RÉFLEXIONS. — Si, la plupart du temps il a été possible d'admettre comme cause de la lésion la déchirure d'une plaque

athéromateuse, il n'en est plus de même ici puisque l'artère paraît saine à ce niveau.

Les parois de l'aorte, altérées dans leur structure, ont-elles cédé sous l'énergique impulsion du ventricule gauche très-hypertrophié? La syphilis ancienne dont était atteint le malade peut-elle produire ces altérations profondes des tuniques artérielles? Ce sont là des questions auxquelles nous ne saurions répondre.

Dans tous les cas, nous pouvons admettre que le travail morbide s'est fait en deux temps bien distincts; et nous rapprocherons de cette observation un cas tout à fait analogue, recueilli dans le service de M. Charcot, et qu'a présenté en 1870 M. Hanot à la société anatomique.

Dans un premier temps le sang se serait infiltré petit à petit par l'éraillure des tuniques interne et moyenne et se serait accumulé sous la tunique externe formant une sorte d'anévrysme disséquant. Puis bientôt cette pression continuelle exercée sur la tunique externe est devenue suffisante pour produire la rupture, surtout, si, comme nous avons eu soin de le faire remarquer, l'on considère que la disposition spéciale de l'ouverture empêchait le retour du sang de la poche dans l'artère.

Cette explication concorde parfaitement avec les phénomènes qu'a présenté le malade les 2 ou 3 derniers jours de la vie. Angoisse, dyspnée excessive. Après quoi mort subite au moment de la rupture de la tunique externe dans le péricarde.

20. Lymphangite utérine à la suite de couches. Mort; par
M. FÈVRE, externe des hôpitaux.

Monteignet, Marie, 31 ans, passementière. Pas de maladies antérieures. Réglée à 12 ans. Pas de leucorrhée. Première grossesse normale; le 7 juin dernier, la malade se rend chez une sage-femme pour accoucher. Après deux jours de douleurs, un médecin appelé fait une application du forceps. Enfant vivant. Le placenta ne put être extrait que deux heures après l'accouchement, et grâce à son décollement à l'aide des mains introduites dans l'utérus. — Une hémorrhagie suivit qui nécessita l'emploi de seigle ergoté. Du 10 au 13 juin, la malade eut des douleurs dans le ventre avec un maximum d'intensité à gauche; en outre, elle fut prise de fièvre le soir. Pas de frissons; pas de nausées ni de vomissements. La malade est amenée à l'hôpital Lariboisière le 14 juin dans le service de M. SIREDEY.

A son entrée, on constate que la langue est blanche et hu-

mide, que la soif est vive et l'anorexie complète. La température axillaire marque 39°,8. Le ventre est dur, ballonné, douloureux, surtout dans la fosse iliaque du côté gauche. Irradiations douloureuses dans l'aîne du même côté. Au toucher vaginal, on trouve le col de l'utérus entr'ouvert et déchiré à gauche dans toute sa longueur. Le cul-de-sac gauche est très-douloureux. La vulve est déchirée dans une certaine étendue. Le périuée est intact. *Traitement*, 12 sangsues à l'aîne. Sulfate de quinine 1 gr.; opium, 0,10 c.

16 juin. Tm. 39°,5. On sent à la palpation de l'abdomen une tumeur dure, résistante, douloureuse, qui s'avance à quatre travers de doigt au-dessus du pubis.

21 juin. Tm. 40°,2, délire continu, le ventre est très-mé-téorisé. Diarrhée abondante. *Traitement*, glace sur le ventre.

22 juin. Tm. 39°,2. Des vomissements bilieux, verdâtres apparaissent pour la première fois.

23 juin. Tm. 39°,7. Diarrhée abondante. Une petite escharre au sacrum. Vomissements incoercibles. La malade meurt le soir dans un état adynamique complet.

AUTOPSIE. *Poumons, cœur, reins, foie*, intacts.

A l'ouverture de l'abdomen on note des traces de péritonite adhésive. Les intestins sont agglutinés et forment une masse considérable peu mobile. Disons de suite que les annexes de l'utérus sont accolés à cette masse. La portion iliaque du muscle psoas iliaque gauche est le siège d'une collection purulente abondante. Le muscle est en partie détruit; ses fibres sont dissociées et ont une coloration noirâtre.

L'*utérus* est volumineux. Il mesure dans son diamètre antéro-postérieur 15 centimètres, et dans son diamètre transversal 12 centimètres.

Sa face antérieure et sa circonférence sont remarquables par la présence de petites tumeurs fluctuantes, disposées assez régulièrement en grains de chapelet et rappelant par leur forme et leur volume certaines dilatations variqueuses dites ampullaires. Une coupe pratiquée sur ces petites tumeurs donne issue à du pus; franchement phlegmoneux. Aucun caillot ne se trouve dans leur intérieur. La plupart communiquent entre elles. Enfin on retrouve des valvules qui indiquent que l'on a affaire à des vaisseaux lymphatiques dilatés et gorgés de pus. La face postérieure de l'utérus est indemne. Le tissu de l'organe lui-même a subi la dégénérescence graisseuse et se laisse facilement déchirer sous le doigt. La muqueuse utérine est noire, tomenteuse, irrégulière. Elle répand une odeur gangréneuse caractéristique.

Le *col utérin* est déchiré jusqu'au fond du cul-de-sac vaginal. Le vagin et la vulve présentent aux points qui avaient été

le siège d'ulcérations et de déchirures des détritus gangréneux.

RÉFLEXIONS.— Cette observation est intéressante à un double point de vue : 1° Au point de vue de l'étiologie on voit très-nettement que de nombreuses portes étaient ouvertes à la suppuration : la déchirure du col, les ulcérations de la vulve et du vagin, abstraction faite des lésions qui ont dû être produites sur la muqueuse utérine elle-même dans l'extraction laborieuse du placenta ;

2° Au point de vue clinique, on note une absence complète de frissons ; ce qui, dans les lymphangites utérines, s'observe rarement.

21. Hémiplégie droite avec contracture secondaire et hémianesthésie. — Aphasie due à une deuxième attaque ; lésion centrale rendant compte de la paralysie motrice et de celle de la sensibilité. — Lésion de l'insula de Reil et intégrité complète de la troisième circonvolution frontale gauche, répondant à l'aphasie ; par M. H. CLAUZEL de BOYER, interne des hôpitaux (1).

Le 10 mars, entre, salle Saint-André, n° 10, à Bicêtre, (service de M. BOUCHARD), le nommé L. . . . , âgé de 46 ans. Cet homme est un gâteux, atteint de pneumonie ; il meurt le 14 mars. Il avait déjà été soigné dans le service et était entré à l'hospice comme hémiplégique et aphasique.

En 1874, il avait été frappé d'hémiplégie droite et depuis il était devenu aphasique dans une seconde attaque. Quand nous l'avons examiné il présentait une griffe de contracture secondaire de la main droite, mais paraissait jouir encore un peu de la motilité à la jambe droite : il gardait le lit, gâtait et avait une escharre étendue de la fesse droite. La sensibilité tactile était abolie à droite ; les fonctions vésicales étaient assez bien conservées.

La tête était un peu tournée à gauche, la parole était abolie, le malade comprenait bien, mais ne répondait que par le mot *dar....da* ; il semblait du reste n'avoir jamais mieux parlé depuis son attaque d'aphasie. Je dois dire cependant qu'en l'absence d'observation datant de l'époque ces renseignements n'ont été dus qu'au témoignage toujours suspect des garçons de service de sa salle.

L'état mental paraissait sain, mais le malade était accablé par sa pneumonie ; cette exploration clinique au point de vue de l'aphasie laissait donc forcément à désirer : jamais d'acci-

(1) Pièce déposée au Musée Dupuytren et dessin dans l'album de la Société.

dents convulsifs, pas de troubles de la vision, le malade ne pouvait tirer la langue. Le cœur ne présentait aucun bruit anormal; les urines peu denses, sans cylindres pathologiques, semblaient indiquer par leur aspect un état scléreux des reins: pas d'œdème.

AUTOPSIE (15 mars). Pneumonie double, sclérose rénale, kystes et reins contractés granuleux; traces d'endocardite au cœur, athérome de l'aorte.

Cerveau symétrique; méninges épaissies, laiteuses au niveau de la partie postérieure de la branche horizontale de la scissure sylvienne à gauche et sur le lobule pariétal inférieur. Les artères de la base et la sylvienne sont athéromateuses: en décortiquant le cerveau on ne constate aucune adhérence au niveau de la région frontale.

La troisième circonvolution frontale gauche est complètement respectée tant à la superficie qu'à la profondeur, mais toutes les circonvolutions de l'insula sont très-altérées, ce qu'on aperçoit en écartant les lèvres de la scissure sylvienne. En outre le ramollissement superficiel occupe la T. 1, la T. 2, à la partie antérieure et un peu de la partie postérieure et inférieure de la circonvolution pariétale ascendante. Le *gyrus angularis* est respecté ainsi que les régions signalées comme répondant aux centres moteurs des membres dans la substance corticale; dans la profondeur, le ramollissement comprend, avons nous dit, toute l'insula de Reil, mais s'arrête à la branche ascendante de la scissure sylvienne; là non plus il n'empiète donc pas sur la troisième frontale. Pour plus de précision la pièce est mise à durcir dans l'alcool et les coupes que l'on y pratique alors montrent l'intégrité parfaite des faisceaux blancs situés sous la troisième frontale et un vaste foyer s'étendant dans la capsule interne en arrière du siège classique de l'hémiplégie avec hémianesthésie. — Rien au reste de l'encéphale.

RÉFLEXIONS. Ce cas est intéressant, car il confirme une fois de plus les données relatives au siège de l'hémiplégie avec hémianesthésie; en outre la deuxième attaque de ramollissement ayant atteint seulement l'insula de Reil et des points relativement indifférents du territoire cortical a donné lieu à une aphasie bien nette; il faut rapprocher cette observation de celles signalées par M. Lépine, dans sa thèse de concours 1876, et par quelques auteurs étrangers.

On serait porté ainsi à augmenter un peu le territoire répondant au syndrome aphasie qui reconnaîtrait l'une des trois causes suivantes: 1° la lésion classique et vérifiée tous les jours de la circonvolution de Broca; 2° la destruction de l'insula de Reil, accompagnée ou non de lésion de la troisième frontale; 3° la séparation de la troisième frontale du centre

blanc par section pathologique de ses communications, comme le démontrait récemment M. Oulmont, dans un cas d'hémorragie cérébrale ou comme nous avons eu l'occasion de le montrer nous-même dans un cas de ramollissement central.

Séance du 29 juin 1877.

PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

23. Pneumonie chez un alcoolique, quelques jours après signes d'épanchement pleurétique. — Fonction. — Hématémèse. — Mort par rupture d'une dilatation anévrysmale dans la bronche gauche ; par M. Charles LEROUX, interne des hôpitaux.

M., 35 ans, entré le 16 juin, dans le service de M. DUMONT-PALLIER, à l'hôpital de la Pitié.

Cet homme petit, bien musclé, n'aurait jusqu'alors fait aucune maladie ; peu prédisposé aux bronchites, il n'a jamais eu antérieurement d'affection de poitrine, sauf, dit-il, quelques points de côté ; mais, par contre, c'est un alcoolique : Souvent il fait des excès et quelquefois, nous dit-on, il aurait bu jusqu'à douze litres dans une même journée !

Le 12 juin, il est pris subitement de malaise, de frisson et bientôt de toux. Il ressent un violent point de côté à gauche et peu de temps après, il commence à cracher du sang. Son état s'aggravant, il entre à l'hôpital.

Examen à l'entrée. L'état général paraît assez bon, cependant la fièvre est forte (39°,4) ; la peau chaude, le pouls plein et fréquent, la langue assez sèche. De temps en temps il est pris d'accès de toux qui exagèrent son point de côté et sont suivis d'une expectoration visqueuse peu adhérente, striée de filets de sang. — A l'examen de la poitrine on trouve les signes suivants: *Du côté gauche.* Pas d'exagération des vibrations, pas de matité ni de submatité ; ni râles ni souffle à l'auscultation ; on entend la respiration à peu près normale, bien que diminuée. *Du côté droit.* La sonorité est normale, les vibrations existent, mais à l'auscultation on trouve une respiration supplémentaire très-accentuée ; pas de râles. Les sommets sont intacts. Rien à signaler du côté des autres viscères : pas

de souffles cardiaques ; pas de délire. Malgré l'absence de signes, tant à la percussion qu'à l'auscultation, on diagnostique : pneumonie centrale du côté gauche.

Le lendemain l'état est le même. On ne trouve pas d'autres signes physiques ; cependant au sommet gauche apparaît un souffle assez fort, analogue au souffle tubaire ; mais on n'entend de râles ni à la fin de l'inspiration, ni après la toux ; pas de bronchophonie. Même état général.

19 *juin*. Les signes physiques se modifient, les vibrations ont singulièrement diminué ; submatité à la partie postérieure de la poitrine ; la respiration est moins nette, pas de râles ; toujours le même souffle au sommet. A droite, respiration supplémentaire. Même état général, fièvre forte qui oscille entre 39° et 40°.

21 *juin*. Tout le côté droit de la poitrine est mat, privé de toute élasticité ; c'est la matité des épanchements considérables ; elle s'étend depuis la fosse sus-épineuse jusqu'à la base de la poitrine ; dans l'aisselle et sous la clavicule, même matité. Les vibrations ont également disparu, à peine quelques vibrations persistent-elles vers la colonne vertébrale dues à la transmission.

A l'auscultation, on ne trouve ni murmure vésiculaire, ni râles, ni souffle dans les deux tiers inférieurs du poumon ; au sommet, aussi bien en avant qu'en arrière, même souffle que les jours précédents.

A droite, respiration supplémentaire beaucoup plus marquée. Les crachats sont également modifiés : de visqueux et sanguinolents qu'ils étaient les jours précédents, ils deviennent plus séreux, ne contiennent presque plus de sang ; le point de côté est moins fort, la respiration est plus gênée ; même état fébrile.

En raison de cette matité absolue, de cette absence de vibrations et de respiration et enfin de l'ensemble des symptômes, M. Dumontpallier pense qu'un épanchement assez considérable complique l'inflammation pulmonaire. On fait une ponction. Il ne s'écoule ni sang ni liquide. (Ponction faite avec le trocart capillaire moyen et l'aspirateur Dieulafoy). L'état n'est pas modifié pendant la journée ni le lendemain.

Deux jours après la première ponction, l'état de la poitrine du côté gauche étant absolument identique à celui des jours précédents, on fait une seconde ponction. On ne ramène qu'un peu de sang. La ponction est bien supportée ; pas de toux, pas d'expectoration sanguinolente.

La journée se passe bien, lorsque vers cinq heures, M... est pris d'un violent accès de toux qui amène un peu de sang au dehors ; une minute après un deuxième accès survient et se

termine par une hématomèse formidable et subitement mortelle. Le sang sort à flots par la bouche et le nez, couvrant le lit et le sol.

AUTOPSIE. Poumons. *Du côté gauche*; à peine trouve-t-on quelques cuillerées de liquide dans la plèvre; quelques dépôts fibrineux peu adhérents et peu résistants sont agglutiner la plèvre pariétale et la plèvre viscérale. Il y a là un peu de pleurésie sèche. Le poumon peut se détacher facilement et sans déchirure. Avant de sectionner le poumon, on recherche quel a été le résultat de la ponction tant sur les parois thoraciques que sur le parenchyme pulmonaire. On retrouve nettement sur la peau de l'aisselle les traces des ponctions. Sur la plèvre pariétale, au point correspondant, on voit quelques caillots encore cruoriques dans l'espace de deux centimètres carrés, peu adhérents et se laissant facilement détacher de la plèvre sur laquelle on ne peut retrouver le point de passage du trocart. Du côté du poumon, il y a également quelques caillots peu adhérents que l'on enlève sans trouver de blessure du poumon. Pousant plus loin les recherches, on lie la bronche gauche et plongeant le poumon en totalité dans l'eau, on le presse entre les mains; et, bien qu'il ait été certainement blessé par le trocart, on ne voit sortir aucune bulle d'air, ni au niveau supposé de la plaie, ni ailleurs. Il faut croire que la plaie s'est oblurée rapidement, peu en importe d'ailleurs le mécanisme. — A la coupe, pneumonie à la période d'hépatisation grise occupant la totalité du poumon. Vers le sommet cependant, il reste quelques points moins altérés, encore remplis d'air. Pas de tubercules, pas de cavernes.

Du côté droit, quelques adhérences pleurales anciennes; un peu de pleurésie interlobaire; le poumon est volumineux, distendu et ne revient pas sur lui-même. A la coupe, on voit qu'il est infiltré de sang dans sa totalité. Les bronches sont également infiltrées, mais ne contiennent pas de caillots. On ne trouve ni tubercules ni cavernes qui expliquent l'hémoptysie. On cherche du côté des grosses bronches. A un centimètre de la bifurcation de la trachée, on rencontre sur la bronche gauche, une sorte de bourgeon du volume d'un noyau de crise faisant saillie dans la bronche et en obstruant en partie la lumière. Cette saillie est formée d'une rondelle gangrénée noirâtre provenant des parois de la bronche, repoussée en avant et encore adhérente par un lambeau de muqueuse et doublée de dépôts fibrineux. La bronche ramollie, noirâtre, ulcérée en ce point, présente un orifice ovale d'un centimètre dans son grand diamètre, bouché par des caillots fibrineux qui soulèvent cette rondelle de bronche nécrosée. En suivant les caillots avec un stylet on pénètre dans l'aorte.

L'aorte sectionnée dans toute sa longueur présente des altérations profondes des tuniques internes. Des plaques athéromateuses jaunâtres ont envahi le vaisseau et sont surtout abondantes au niveau de sa crosse.

Dans un point qui correspond à l'endroit où l'aorte est à cheval sur la bronche gauche, les lésions athéromateuses sont à leur maximum. De plus l'artère froncée, plissée comme l'est le péritoine au niveau du collet du sac herniaire, présente un infundibulum où on rencontre les quelques caillots fibrineux qui conduisent dans la bronche gauche. L'adhérence entre la bronche et l'aorte est complète; le tissu cellulaire voisin épaissi consolide la communication entre ces deux canaux. Les ganglions lymphatiques voisins sont également adhérents à ce niveau; mais on les isole assez facilement et, à la coupe, ils sont noirs mais non ramollis, non altérés.

Les autres organes présentent des lésions dues à l'alcoolisme. Le cœur est mou et gras. Le foie est flasque et dans un état de dégénérescence graisseuse avancé. Les reins sont également mous, la substance corticale est jaunâtre et la substance tubulée violacée, injectée. L'estomac est distendu par une grande quantité de sang coagulé (600 à 700 grammes); ses parois sont infiltrées, rougeâtres.

RÉFLEXIONS — Laissant de côté la pneumonie, pour ne voir que la lésion principale, on peut établir ainsi la marche des lésions pathologiques. L'alcoolisme dont cet homme était atteint fut cause du développement de l'athérôme aortique. Une de ces plaques d'athérôme vient à subir un ramollissement inflammatoire; les parois cèdent en ce point à la pression sanguine et une petite poche se forme au niveau de la bronche. L'inflammation et la dilatation ont dû marcher simultanément. La bronche, bientôt comprimée, s'ulcère; et une cause accidentelle, un accès de toux détermine la rupture de l'aorte dans la bronche, d'où hémoptysie mortelle.

Peut-être la lésion inflammatoire du poumon a-t-elle activé la marche des lésions ulcéraives. Mais comment, d'autre part, expliquer cette disparition rapide de la respiration dans le poumon de ce même côté, la matité absolue, cette absence totale de râles et surtout de vibrations pendant les derniers jours. Faut-il voir là l'effet d'une compression tardive de la bronche, ou bien se reporter simplement à la marche insidieuse qu'affecte la pneumonie chez les alcooliques. Les deux hypothèses doivent avoir une part dans cette anomalie des phénomènes physiques de l'affection pulmonaire.

En résumé, cette observation offre plusieurs points intéressants :

- 1° Les lésions de l'aorte et de la bronche; endartérite athé-

romateuse avec dilatation sacciforme et rupture dans la bronche;

2° Les modifications des signes ordinaires de la pneumonie, au point qu'on ait pu croire à un épanchement;

3° Enfin, la coïncidence de la mort subite par hématoméisme avec une ponction thoracique, coïncidence qui permettait à beaucoup d'esprits de rendre la ponction responsable de la mort.

23. Mécanisme des fractures du radius.—Rapport sur la candidature de M. Bulteau; par M. GÉRARD MARCHANT, membre de la Société.

Parmi les nombreuses présentations faites par M. Bulteau, il en est une toute particulièrement intéressante, et sur laquelle je désire appeler votre attention; il s'agit des fractures de l'extrémité inférieure du radius.

M. Bulteau nous a présenté deux fractures du radius produites par la chute d'un lieu élevé sur la paume de la main. Il a décrit longuement les différentes particularités de ces deux pièces anatomiques et a cherché à étudier le mécanisme qui aurait présidé à leur production en déterminant expérimentalement des fractures du radius à l'amphithéâtre de Clamart.

On sait combien les chirurgiens se sont occupés de cette question et combien les opinions sont encore divisées sur le mécanisme de cette fracture. Pendant bien longtemps, les fractures de l'extrémité inférieure du radius ont été pour ainsi dire méconnues et confondues avec l'entorse du poignet; il faut remonter à J.-L. Petit, pour voir s'établir la distinction entre ces deux affections.

C'est à Pouteau surtout que revient l'honneur d'avoir signalé le premier, d'une manière précise, les caractères cliniques de la fracture du radius. En 1820, dans ses leçons à l'Hôtel-Dieu, Dupuytren contribua, pour une large part, à dissiper la confusion qui régnait encore sur cette question; il précisa les éléments de diagnostic et imagina l'attelle cubitale métallique à convexité externe pour remédier à la déviation en dehors de la main. Enfin, parut en 1836, le travail remarquable de Goyrand, d'Aix, sur la fracture par contre coup de l'extrémité inférieure du radius, et plus tard la question fut de nouveau étudiée par Malgaigne, Diday, Voillemier, Lecomte et Nélaton, et tout dernièrement encore M. Gosselin a cru devoir consacrer deux cliniques à l'étude de cette intéressante fracture.

Nous n'en décrirons pas les symptômes, nous ne pourrions

que répéter ce qui se trouve dans tous les ouvrages classiques, mais nous étudierons d'une manière toute spéciale l'anatomie pathologique de cette fracture et son mécanisme.

Si tous les auteurs sont d'accord pour en préciser le siège à 0,015 mm. au-dessus de l'interligne articulaire, il n'en est pas de même au sujet de la direction du trait de la fracture. On sait que Goyrand, d'Aix et Diday, après lui, considèrent la fracture du radius comme étant 19 fois sur 20 oblique de haut en bas et d'arrière en avant à la suite d'une chute sur la paume de la main. La fracture serait au contraire oblique en sens inverse, c'est-à-dire d'avant en arrière dans les chutes sur la face dorsale du poignet. D'après lui, le fragment supérieur est toujours taillé en biseau et glisse sur le fragment inférieur. Pour Voillemier et Nélaton, au contraire, la fracture est transversale dans la très-grande majorité des cas et l'obliquité des fragments ne doit être considérée que comme l'exception.

Il n'est pas étonnant de voir les auteurs professer des opinions aussi différentes sur un fait purement anatomique, car il est rare de pouvoir faire l'examen de fractures du radius non encore consolidées.

M. Bulteau a eu la bonne fortune de pouvoir étudier deux de ces fractures quelques jours après leur production ; voici le résultat de la dissection de ces deux pièces anatomiques. Et d'abord, disons que, dans les deux cas, la fracture était manifestement oblique suivant l'épaisseur de l'os de haut en bas et d'arrière en avant ; le fragment supérieur taillé en biseau pénétrait par son bord postérieur dans la substance spongieuse du fragment inférieur ; dans les deux cas la fracture était articulaire et présentait la forme rayonnée qu'a signalée Dupuytren. Dans les nombreuses fractures expérimentales, que M. Bulteau a produites à l'amphithéâtre de Clamart par simple mouvement forcé d'extension, la même obliquité a toujours été constatée ; dans un seul cas la fracture était transversale, mais on avait affaire alors à un véritable décollement épiphysaire chez une jeune fille de 17 ans ; on sait, du reste, que chez les enfants la fracture du radius est toujours transversale.

Dans les deux fractures du radius que nous a présentées M. Bulteau, et dans toutes ses fractures expérimentales, le ligament antérieur de l'articulation radio-carpienne a été trouvé intact ; or l'intégrité de ce ligament vient jeter un grand jour sur le mécanisme de la fracture du radius.

De nombreuses théories ont été mises en avant pour expliquer la solution de continuité de cet os à sa partie inférieure. Nous ne rappellerons que par un mémoire celle de Pouteau

qui attribuait la fracture à une contraction musculaire brusque, et celle de Lopez (thèse de Paris 1860) qui fait jouer un grand rôle au ligament interosseux.

Pour le plus grand nombre des chirurgiens, dans une chute sur la paume de la main, le radius est pris entre deux forces opposées, la résistance du sol et le poids du corps augmenté de la violence de la chute, et tend à s'infléchir en arrière sous cette double pression. Cette théorie de l'inflexion a surtout été formulée dans les travaux de Foucher, d'Am. Bonnet et de Philippaux. Nélaton et Voillemier croient que le radius se rompt par la pression à laquelle est soumis son tissu spongieux. Pour Voillemier, dans le plus grand nombre des cas, il y a pénétration réciproque des deux fragments, c'est pour ainsi dire un véritable broiement.

M. Lecomte enfin soutient que toutes les fractures du radius sont des fractures par arrachement; elles ne se produisent que dans un mouvement forcé d'extension. Le ligament antérieur du carpe que l'on sait être très-fort et très-résistant, se tend, et si l'extension est exagérée, il y a arrachement de l'extrémité articulaire du radius. Mais si le mouvement d'extension est poussé à un degré extrême, grâce à la violence de la chute, le fragment inférieur tourne alors sur un axe transversal d'avant en arrière, le fragment supérieur au contraire tend à se porter en avant et en bas, et pénètre alors par son bord postérieur dans la substance spongieuse du fragment inférieur; il y a alors véritable pénétration qui peut aller depuis le simple engrainement des fragments jusqu'à un véritable broiement du fragment inférieur; la fracture, dans ces cas, est toujours articulaire et, par conséquent, beaucoup plus grave.

Ainsi donc pour M. Lecomte, dans toute fracture du radius, il y a d'abord arrachement et la pénétration n'est qu'un fait secondaire; elle n'est pas, comme le veut M. Voillemier, un mécanisme de la fracture du radius, et ne doit être considérée que comme une conséquence possible de l'arrachement qui est le fait primitif obligé.

Les deux pièces anatomiques de M. Bulteau et ses fractures expérimentales, sont à ce point de vue très-instructives. Les articulations radio-carpiennes ont été disséquées avec soin, et toujours le ligament antérieur du carpe a été trouvé intact. Dans tous les cas la fracture du radius en avant siégeait immédiatement au-dessus de l'insertion de ce ligament. En un mot c'est un véritable arrachement de la surface articulaire radiale qui s'est produit dans tous ces cas. Comme on le voit, toutes les fractures du radius qu'a étudiées M. Bulteau, viennent à l'appui de la théorie de M. Lecomte. Sans doute, ces seuls faits

ne sont pas suffisants pour être en droit de rejeter d'une manière exclusive les idées de Nélaton et de Voillemier, mais ils ont leur importance, et méritent, par conséquent, d'être portés à la connaissance de ceux qui désirent résoudre les quelques points encore en litige de la question.

24. Note pour servir à l'histoire des glandes aréolaires; par M. le Dr PINARD (1).

Depuis quelques semaines seulement, les petites saillies, disséminées à la surface de l'aréole et qui s'hypertrophient pendant la grossesse, ont été, ainsi que les glandes qui leur correspondent, bien étudiées au point de vue de leur structure et de leur fonction.

L'hypertrophie de ces tubercules désignés souvent sous le nom de tubercules de Montgomery, avait été depuis longtemps observée pendant la grossesse, et l'on sait que pour Smellie et surtout Montgomery, ce simple fait constituait un signe infallible de grossesse; ce qui est faux, car on peut rencontrer ces tubercules très-développés chez des femmes qui n'ont jamais eu d'enfants. C'est ce que nous avons pu constater chez une femme nullipare qui s'est présentée à la clinique d'accouchements, le 24 août 1876, et dont l'utérus, développé par suite de la présence d'un myôme interstitiel, ne contenait pas de produits de conception.

Depuis longtemps aussi, l'attention avait été attirée sur la sécrétion de ces glandes, puisque, dit M. Duval (2), Bidlos et Morgagni en ont vu couler un liquide limpide, et Morgagni, Winslow et Corallo, un lait épais et abondant chez les nourrices.

Ce fait, très-communément observé par les accoucheurs, était diversement interprété. Tandis que les uns admettaient la présence de glandes sécrétant du colostrum pendant la grossesse et du lait après l'accouchement, les autres pensaient que les tubercules n'étaient pas autre chose que des follicules sébacés, qui pouvaient, par hasard, fournir du lait à la pression, quand un conduit galactophore, au lieu de s'ouvrir au sommet du mamelon principal, divergeait et venait s'ouvrir dans le follicule. Les travaux de M. Duval, mais surtout ceux de M. de Sinéty (3), sont venus définitivement élucider ce point.

(1) Travail présenté pour être nommé membre titulaire.

(2) Duval. *Du Mamelon et de son aréole*, thèse de Paris, 1851.

(3) De Sinéty. *Sur le développement et l'histologie comparée de la mamelle*, mémoire lu à la Société de biologie, le 27 janvier 1877.

En effet, si M. Duval, dans sa remarquable thèse, avait déjà bien observé ces glandes, reconnu leur nature, étudié leur fonction, M. de Sinéty a donné de toutes les glandes de l'aréole, une histoire aussi simple que complète au point de vue anatomique et physiologique.

« Ces espèces de petits mamelons accessoires, dit-il, correspondent tous à une ou plusieurs glandes dont ils contiennent le canal excréteur. Ces glandes elles-mêmes sont de trois sortes. Tantôt des follicules sébacés, simples, tantôt des glandes sébacées, divisées en plusieurs lobes; enfin, vient là, surtout, le point intéressant : de véritables glandes mammaires isolées produisent du colostrum et du lait parfait sous les mêmes influences que la glande principale.

• L'existence de ces glandes et leur nature avait été bien démontrée par M. Duval, dès 1861. Cependant quelques auteurs les ont niées pendant longtemps, et il existe, dans la situation de ces glandes, une cause d'erreur dont je me suis rendu compte en en faisant l'étude histologique. Tandis que les glandes sébacées sont placées superficiellement, les glandes lactées sont disséminées très-profondément dans le tissu cellulaire lâche que l'on rencontre au-dessous de l'aréole, si bien que, si on fait des coupes de l'arcade seule, sans y comprendre le tissu cellulaire lâche sous-jacent, on ne rencontre jamais que les canaux excréteurs des glandes. Aujourd'hui, du reste, je crois l'existence de ces glandes admise par tous les anatomistes, et j'ai eu l'occasion de constater qu'au point de vue histologique elles ne diffèrent en rien de la glande principale. Chaque petite glandule est formée d'un certain nombre de lobules tapissés d'un épithélium cubique sécréteur, qui passe à l'état d'épithélium cylindrique, c'est-à-dire beaucoup plus allongé, quand il gagne les canaux excréteurs. Sur le trajet de chaque canal excréteur, on observe une dilatation ampullaire, semblable à ce qu'on a décrit sous le nom de sinus pour la glande principale. Ces espèces de réservoirs expliquent comment on peut faire jaillir le lait quand on presse les tissus entre les doigts, au-dessous du point où ils sont situés. »

La pièce moulée que j'ai eu l'honneur de présenter à la Société anatomique, vient confirmer entièrement les assertions de M. de Sinéty. Cette pièce représente les deux seins d'une femme accouchée à la Clinique. Sur la surface de l'aréole, on constate des deux côtés un nombre considérable de tubercules très-saillants, 16 d'un côté et 12 de l'autre. La goutte de liquide blanc qui surmonte chaque tubercule indique que la sécrétion était très-abondante.

Frappé du volume et du nombre de ces tubercules pen-

dant la grossesse, je les observai avec soin, je vis que la pression faisait sourdre de tous les mamelons un liquide assez abondant. Examiné au microscope, ce liquide était absolument semblable à celui que j'obtenais en pressant le mamelon principal.

Après l'accouchement, le liquide devint plus abondant, plus épais et tout à fait blanc. Au bout de quelques jours, c'était du lait parfait et absolument analogue à celui fourni par la glande principale. Je cherchai alors s'il n'y avait pas communication entre ces petites glandes et les conduits galactophores; pour cela je pressais chaque petite glande, et dès que celle-ci était vide, la pression n'amenait plus aucun liquide au sommet, tandis qu'en pressant le mamelon principal le lait jaillissait avec abondance. Je dois ajouter que le nombre des conduits galactophores venant s'ouvrir au sommet du mamelon principal, était, autant que j'ai pu le constater, de huit d'un côté et de neuf de l'autre.

Je suis donc tout disposé à croire, ainsi que M. Duval, qu'il est très-rare de voir communiquer un des conduits galactophores vers une de ces petites glandes lactées. Quand l'enfant prenait le sein, il avait bien soin d'ouvrir largement la bouche, de sorte que la succion s'opérait non-seulement sur le mamelon principal mais encore sur les mamelons rudimentaires.

Ce fait est remarquable par le nombre, le volume et la sécrétion abondante des glandes mammaires accessoires, et cette exagération physiologique vient confirmer de tous points les données fournies par l'histologie. Au point de vue du nombre de ces glandes, j'ajouterai qu'il est fort variable : sur soixante femmes examinées à ce point de vue, la moyenne était quatre pour chaque sein ; quatre femmes sur soixante en étaient absolument dépourvues.

25. Contusions et plaies contuses des artères.— Rapport de M. Paul Berger, sur la candidature de M. Chuquet.

Parmi les présentations faites par M. Chuquet, nous appellerons l'attention sur celles qui concernent les lésions des artères et plus particulièrement les contusions et les plaies contuses de ces vaisseaux.

La contusion artérielle simple est un fait assez fréquent; elle est produite par des violences extérieures qui compriment l'artère contre un plan résistant. Les auteurs classiques admettent que, dans cette hypothèse, deux cas peuvent se présenter : ou bien les tuniques *affaiblies* cèdent sous l'effort de l'ondée sanguine et amènent la formation d'un ané-

vrisme, ou bien les tuniques *rompues* se recoquevillent et il y a formation d'un caillot, soit que les membranes convergent vers le centre, s'opposant entièrement au passage du sang, soit que la paroi interne privée de son épithélium détermine la formation de dépôts successifs de fibrine.

Les exemples d'anévrysmes à la suite de contusions artérielles ne sont pas rares ; ceux d'oblitération du calibre du vaisseau, quoique moins fréquents, sont cependant en assez grand nombre.

En compulsant les principales publications chirurgicales nous en avons recueilli quelques observations que nous allons citer succinctement.

BROCA. — Société de chirurgie 1862. Contusion de la cuisse au tiers inférieur par une roue de voiture, oblitération de la poplitée. Caillot jusqu'à l'extrémité inférieure du canal de Hunter. Les parois de l'artère paraissent saines.

RICHER. — Société de chirurgie 1862. Ecrasement de la cuisse par une roue de voiture. Gangrène du membre. Oblitération de l'artère 12 jours après l'accident. A l'autopsie plaques athéromateuses quoique le sujet n'ait que 52 ans.

CADIER. — Thèse de Paris, 1866. Contusion de l'artère humérale. Oblitération. Guérison.

BOURDILLAT. — Société anatomique 1868. Broiement de la cuisse par une roue de wagon. Gangrène du membre inférieur. A l'autopsie, caillot dans la fémorale, les tuniques du vaisseau ne présentent ni déchirure, ni recoquevillement. Dans le point plus spécialement contus, élasticité manifestement diminuée, stries transversales moins apparentes, coloration rouge plus marquée, résistance des tuniques interne et moyenne amoindrie. En tirant le vaisseau dans le sens longitudinal, on produit de petites éraillures transversales.

VERNEUIL. — Académie de médecine, janvier 1872. Déchirure des tuniques interne et moyenne de la carotide chez un individu tombé sous un wagon sans qu'on puisse expliquer la contusion de l'artère. Caillot oblitérant la carotide interne et ayant déterminé un ramollissement dans le territoire cérébral correspondant.

HORTELOUP. — Société de chirurgie, 1876. Fracture de la clavicule, suivie de paralysie du plexus brachial et d'oblitération de l'artère humérale survenue au bout de cinq jours et ayant duré huit mois.

TILLAUX. — Déchirures des tuniques interne et moyenne après une forte contusion produite par un brancard de voiture. Société de chirurgie, 1876.

TERRIER, chez Jarjavay, a constaté la même lésion et les

mêmes phénomènes à la suite d'une luxation en arrière du genou.

L'observation présentée par M. Chuquet, est des plus concluantes : Il s'agit d'un homme de soixante ans qui eut le genou écrasé par un tramway. A son entrée à l'hôpital, on constate une fracture des os qui forment le genou et une plaie faisant communiquer avec l'extérieur l'articulation et le foyer de la fracture. Le pied et la jambe sont froids. Trois heures après l'accident, il n'existe plus de battements dans la pédieuse et la tibiaie postérieure. L'amputation de la cuisse est faite le lendemain.

La dissection du membre blessé révèle un épanchement diffus mais peu considérable dans le creux poplité.

Le nerf, la veine, l'artère semblent à première vue intacts, mais en examinant plus attentivement cette dernière, on voit qu'en deux points, au milieu du creux poplité et vers la partie inférieure, l'artère est dure, bleuâtre, ecchymosée. A l'ouverture du vaisseau, on trouve au milieu de la poplitée un caillot fibrineux, adhérent, de deux centimètres de longueur. La paroi de l'artère est éraillée, une membrane très-mince constituée probablement par la tunique interne seule, fait saillie dans le vaisseau. L'examen microscopique eût pu indiquer où était limitée la déchirure, il n'aurait pu être fait qu'au détriment de la pièce (1). Au caillot fibrineux faisait suite un caillot cruorique de 5 à 6 centimètres de longueur, libre dans la cavité du vaisseau. Un fragment de ce caillot avait été détaché par l'ondée sanguine et se trouvait à cheval sur la bifurcation de la poplitée. Le sujet était manifestement athéromateux.—L'artère poplitée en certains points était duré et résistait au doigt qui voulait la déprimer.

Neuf cas de contusions artérielles suivies d'oblitérations, rassemblés sans sortir des publications françaises, permettent de conclure à la fréquence de faits semblables. Les phénomènes ne sont pas toujours identiques, la même cause peut amener des effets différents : tantôt l'oblitération a lieu sans déchirure de l'artère, tantôt et le plus souvent il y a déchirure, d'autres fois, le diagnostic anatomique n'est pas possible. Que penser maintenant de l'artérite aiguë à qui des chirurgiens font jouer un rôle considérable dans ces oblitérations. (Société anatomique 1868. — Société de chirurgie 1876.) M. Verneil nous paraît avoir donné un excellent argument contre sa possibilité. Dans la dénudation artérielle où l'artérite est cons-

(1) La pièce a été déposée au musée Dupuytren.

tante, l'oblitération devrait se faire souvent; or, le contraire existe.

Mais si nous refusons un rôle à l'artérite aiguë, au contraire nous en assignons un très-important à l'artérite chronique, à l'athérome. Il est à regretter qu'on n'ait pas mentionné dans la plupart des observations l'état de la paroi artérielle chez les blessés. Dans l'observation de M. Richet, le vaisseau était athéromateux. Dans l'observation de M. Chuquet, l'artère était manifestement en dégénérescence graisseuse et même en certains points incrustée de sels calcaires.

Les lésions de l'athérome étant l'infiltration graisseuse de la tunique interne et d'une partie de la tunique moyenne, s'accompagnant généralement d'endarterite, la coagulation du sang sera favorisée par deux causes :

Par le dépoli de la membrane interne de l'artère ;

Par la cohésion moins intime de ses différentes tuniques.

Chez les athéromateux, la tunique cellulaire est unie très-faiblement à la tunique moyenne. Si, en effet, on cherche à produire les lésions de l'arrachement sur des cadavres, voici ce que l'on constate. Sur des individus non athéromateux, l'effilement n'existe jamais d'une façon parfaite et s'il existe, ce n'est que sur un des bouts. Souvent la tunique moyenne se sépare de la tunique externe dans une étendue de plusieurs centimètres, alors d'un côté il existe une sorte de manchon celluloux, plus ou moins effilé, favorable à l'hémostase, l'autre bout est absolument dépourvu de membrane celluleuse. Sous l'influence de la contusion, les mêmes effets se produisent, la tunique moyenne se sépare de l'externe et se recoquevrillant vers la cavité du vaisseau, favorise la coagulation.

Chez l'individu dont les artères ont conservé leur souplesse, il doit être rare de rencontrer la déchirure des tuniques interne et moyenne et cela paraît en rapport avec les expériences de Bidard sur les animaux, chez lesquels la contusion simple avait déterminé l'épaississement des artères.

Les plaies contuses des artères dans les auteurs ne comprennent guère que les plaies par armes à feu : c'est là sans contredit la variété la plus commune. Cependant des traumatismes produits par d'autres causes peuvent déterminer des accidents analogues ; les deux observations que nous allons résumer en sont de bons exemples.

Il s'agit dans la première d'un jeune homme de 22 ans dont le bras fut écrasé entre deux tampons de wagon. A son arrivée à l'hôpital, il présente une fracture comminutive de l'humérus avec rupture des muscles : une petite plaie met le foyer de la fracture en communication avec l'extérieur. Le blessé avait perdu peu de sang, mais sous le grand pectoral il existait une

infiltration sanguine énorme. La désarticulation fut faite le lendemain. La dissection donne les renseignements suivants. la tunique celluleuse manque à l'extrémité du bout supérieur, la tunique interne légèrement retroussée dans la tunique moyenne protège un caillot très-mince qui aurait cédé au moindre effort. Inférieurement au contraire les tuniques interne et moyenne sont recoquevillées et un manchon celluleux favorise la formation du caillot.

La seconde observation est celle d'un jeune homme de 24 ans, dont le bras fut pris dans un engrenage. Il présentait une fracture comminutive avec large plaie au même niveau; il s'était écoulé par là fort peu de sang. La désarticulation fut faite le soir même. L'artère fut trouvée complètement divisée au niveau des fragments osseux, le bout supérieur non effilé renfermait un caillot assez volumineux qui s'était formé grâce au rebroussement de la tunique interne et d'une partie de la tunique moyenne vers le centre du vaisseau. La tunique externe était rompue à quelque distance de l'extrémité inférieure. Le bout inférieur était effilé, la tunique celluleuse prolongée au-delà de la tunique moyenne et de la tunique interne formait une barrière solide qui eût empêché certainement toute hémorrhagie.

Les plaies contuses, qu'on nommerait peut-être mieux plaies par écrasement, sont loin de se présenter toujours avec les mêmes caractères anatomiques, bien différentes en cela des plaies par arrachement. La plaie par écrasement la plus simple est celle que produit la ligature. Dans ce cas il y a déchirure et retrait des tuniques interne et moyenne, conservation de la celluleuse. La même chose à peu près se passe dans l'écrasement linéaire. Dans les deux cas en effet, l'agent constricteur est appliqué en un point très-limité; tout autres sont les violences extérieures produites sur les vaisseaux par les causes ordinaires des plaies contuses. Si nous mettons à part les plaies par armes à feu, nous voyons qu'elles agissent sur une surface étendue, souvent obliquement. Il en résulte une grande inconstance dans les lésions et le chirurgien reste incertain sur la production de l'hémostase. Tantôt les conditions de celle-ci sont présentées par le bout inférieur, tantôt par le bout supérieur. Aussi la pratique chirurgicale a pour loi de ne pas compter dans ces cas sur les ressources d'une hémostase naturelle et le blessé est mis à l'abri d'une hémorrhagie par la ligature des deux bouts ou par un moyen plus radical encore.

Nous ferons encore remarquer une coïncidence dans la dernière observation. On trouve en même temps, en haut les lésions de la plaie contuse ou par écrasement, en bas au con-

traire, les lésions de l'arrachement. Le fait n'est pas isolé, M. Pozzi a présenté à la Société anatomique, il y a cinq ans, un cas identique. Le bout supérieur était terminé en massue, ressemblant à une artère sectionnée par balle; il existait un effilement à la partie inférieure. Ces faits ne doivent pas être rares. Souvent dans ces violences produites par des engrenages, le choc de corps pesants, les mêmes faits doivent se produire : l'arrachement est combiné avec l'attrition. L'examen anatomique nous permettra toujours de la reconnaître, car ainsi que le prouvent les observations que nous venons de rapporter, chacun des deux mécanismes peut être déduit de la disposition des tuniques artérielles.

26. Les observations suivantes n'ont pas été remises :

M. MARTINET. Cirrhose atrophique avec varices œsophagiennes.

M. JEAN. 1° Endocardite végétante avec infarctus de la rate.
— 2° Tumeur de la protubérance.

M. JALAGUIER. 1° Epanchement sanguin de la région lombaire. — 2° Tumeur de la parotide.

M. OULMONT. Pachyméningite ancienne.

M. BOURSIER. Fracture sous-trochantérienne du fémur.

M. POIRIER. Absès ganglionnaire. Perforation de la veine jugulaire.

Le Secrétaire,

R. MOUTARD-MARTIN.

JUILLET

Séances de juillet 1877.

PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

1. Infection purulente avec abcès métastatiques uniquement dans les articulations. — Influence de la diathèse rhumatismale sur la localisation de ces abcès ; par M. L. CAPITAN, externe des hôpitaux.

Th... Albert, 18 ans, entre, au mois d'avril 1877, à l'hôpital Cochin (service de M. DESPRÉS), pour une tumeur blanche du genou droit.

Bons antécédents héréditaires ; cependant il a parmi ses collatéraux une tante notoirement rhumatismante. Jusqu'en 1870, la santé de notre malade avait été bonne ; jamais il n'avait eu de rhumatismes. A ce moment, il fait une chute et commence à souffrir du genou. Néanmoins il n'est complètement forcé de s'arrêter qu'en 1875. Après avoir été soumis à des traitements variés qui tous échouèrent, il entre au mois d'avril 1877 à Cochin où l'on constate une tumeur blanche avec abcès circonvoisins et ostéite ayant envahi une partie de l'extrémité supérieure du tibia et le tiers inférieur du fémur.

L'*amputation* est pratiquée le 1^{er} juin au tiers moyen de la cuisse, au milieu de tissus enflammés. Réunion des lambeaux par des bandelettes de diachylon, un drain est laissé dans la plaie ; pansement à l'alcool camphré au-dessus d'un linge troué cératé. L'opération est bien supportée. T. avant l'opération, 37° 8 ; après 37° 4 ; le soir 37° 5.

2 *juin*. Etat général bon. Légère céphalalgie ; le soir quelques petits frissons de courte durée. T. m. 37° 6 ; s. 38° 8.

3 *juin*. Etat général devenu rapidement grave ; céphalalgie violente ; teinte ictérique des téguments ; on craint l'infection

purulente. Cependant la plaie est en bon état. Opium, sulfate de quinine. Pouls 120. T. m. 38°,3; s. 39°,1.

4 juin. A peu près même état, toujours très-affaibli. La suppuration est établie dans la plaie. P. 112. T. m. 41°,2; s. 39°,6.

5 juin. Détente générale, mais douleurs articulaires vagues surtout dans le poignet gauche, où il existe de la rougeur et de l'empatement. Sulfate de quinine 50 gr. T. m. 39°,6; s. 40°,5.

6 juin. Céphalalgie vive; douleurs plus vives dans les articulations des phalanges de la main droite. T. m. 40°,5; s. 40°,5.

7 juin. Même état. T. m. 40°,7; s. 39°,5. Pouls 100.

8 juin. Le poignet droit se prend à son tour, tandis que les douleurs diminuent dans le gauche. T. m. 40°,3; s. 39°.

9 juin. Un peu d'amélioration dans l'état général. T. m. 38°,9; s. 39°,3.

10 juin. Rétention d'urine complète. Le soir, il peut uriner seul, mais avec peine. T. m. 37°,7; s. 39°,5.

11 juin. La rétention d'urine a entièrement disparu. Céphalalgie. Douleurs articulaires persistantes dans le poignet droit avec induration remontant le long des tendons des extenseurs. De plus, douleurs dans la hanche droite et la colonne. T. m. 38°,4; s. 39°,4.

12 juin. Même état; la plaie est en bonne voie. P. 96. T. m. 39°,5; s. 40°.

13 juin. Les douleurs articulaires persistent en s'exagérant dans le poignet droit. Chute des ligatures. T. m. 39°,4; s. 40°.

14 juin. T. m. 39°,4; s. 40°,2. P. 100.

15 juin. La hanche gauche se prend à son tour. T. m. 38°,3; s. 40°,2.

16 juin. T. m. 39°,3; s. 40°,1.

17 juin. T. m. 38°,3; s. 39°,5.

18 juin. Au centre de la plaie du moignon apparaît un bourgeon médullaire volumineux, dû à l'ostéo-myélite de l'extrémité du fémur. P. 92. T. m. 38°,4; s. 39°,6.

19 juin. Diarrhée assez violente; on cesse de mouiller le pansement et on enlève le drain et les bandes de diachylon qui unissaient les bords de la plaie. Les douleurs de hanches ont disparu. P. 100. T. m. 38°,3; s. 39°,3.

20 juin. Diarrhée suspendue; quelques écorchures au sacrum. Au milieu du sternum, au niveau de la 3^e côte, on constate l'existence d'un abcès gros comme un petit œuf, avec fluctuation très-nette, en partie réductible, très-douloureux au toucher, ou bien lorsque le malade tousse. Il est animé de battements assez forts isochrones à ceux du cœur, et présente par moments, à l'auscultation, une série de craquements et une

transmission des bruits pulmonaires. En même temps, il existe de la bronchite avec nombreux râles sibilants et ronflants. Absolument rien aux sommets, quelques râles sous-crépitants à la base du poumon droit. P. 92. T. m. 38°,2; s. 39°,2.

21 *juin*. L'abcès du sternum a encore augmenté; il est animé de battements assez forts et de mouvements d'expansion rappelant ceux d'un anévrysme. Une piqure donne issue à du pus spumeux. On passe un drain. P. 100. T. m. 39°,3; s. 39°,5.

22 *juin*. Un peu d'agitation, diarrhée violente. Le poignet droit est très-enflé; sur le dos de la main, foyer purulent avec fluctuation nette. On ouvre et on passe un drain à travers l'articulation pleine de pus. Bronchite généralisée. Pas de frisson. P. 100. T. m. 39°,2; s. 39°,4.

23 *juin*. Absès au tiers inférieur du sacrum, sous-cutané, peu douloureux. Le poignet gauche est indolore, il semble néanmoins qu'il existe un peu de fluctuation à la face antérieure. T. m. 38°,8; s. 39°,2.

24 *juin*. Hier soir frisson pendant 10 minutes. On ouvre un nouvel absès à la face postérieure du bras droit dans la gaine des extenseurs, à 5 ou 6 cent. au-dessus du poignet. La suppuration diminue au moignon. 50 centig. de sulfate de quinine. P. 112. T. m. 39°,1; s. 40°,7.

25 *juin*. Pas de frissons. Respiration faible. Céphalalgie assez violente: Un peu de délire. P. 108. T. m. 39°,7; s. 39°,2.

26 *juin*. Douleurs assez vives dans le coude gauche. On perçoit la fluctuation. Au tiers moyen du poumon droit, nombreux râles sous-crépitants fins. P. 112. T. m. 40°; s. 36°,9.

27 *juin*. Délire continuuel depuis hier; perversion de la sensibilité. La fluctuation est manifeste au poignet gauche. Au niveau de l'abcès du sternum, il se produit une disjonction des pièces moyennes et inférieures du sternum. Les deux fragments sont projetés en avant pendant l'inspiration; il existe entre eux un intervalle de 5 millimètres environ; douleur vive à la pression. — Douleur dans le genou gauche; T. m. 40°; s. 39°,6.

28 *juin*. La plaie présente un très-mauvais aspect; la suppuration est suspendue, le bourgeon médullaire s'est détaché. Le malade est très-affaibli, la pupille contractée, les yeux à demi-ouverts et fortement portés en haut; plaintes continuëles, secousses convulsives. Incontinence d'urine et de matières fécales; l'abcès du sternum a été le siège d'hémorrhagies; on y perçoit du gargouillement. Pouls petit, filant 144. T. 42°,2. Bientôt le malade tombe dans le coma, et il meurt à 11 heures du matin.

AUTOPSIE. A l'ouverture du thorax: poumons non adhérents, peu de liquide dans les plèvres. L'abcès siège au ni-

veau du 3^e espace intercostal. On pénètre facilement de l'extérieur dans une cavité parfaitement close ayant environ le volume d'un gros œuf et creusée dans le tissu conjonctif rétro-sternal très-induré, et ne présentant *aucune* communication avec le médiastin.

Moignon. Le pus remonte à la partie externe à 7 ou 8 c. de l'extrémité inférieure; dans le canal médullaire l'ostéo-myélite remonte à 4 c.

Poignet droit. Crépitation osseuse produite par la disjonction de l'articulation radio-cubitale inférieure; le pus s'échappe de la gaine des extenseurs, il descend à la face dorsale de la main et remonte également à 4 ou 5 c. au-dessus du poignet; ce foyer étendu communique avec l'articulation par une perforation du ligament postérieur. Les cartilages articulaires sont érodés; la tête du cubitus en est complètement privée.

A droite, le coude et l'épaule sont également pleins de pus. *A gauche*, rien dans l'articulation du poignet, mais la gaine des fléchisseurs est pleine de pus qui remonte jusqu'à 10 c. au-dessus de l'articulation. Le coude et l'épaule sont pleins de pus. Le *genou gauche* est normal.

Le *Péricarde* renferme environ 100 gr. de liquide clair. *Cœur* sain. *Poumons*: rien aux sommets; congestion surtout aux bords postérieurs. *Foie* un peu congestionné; un peu muscade par places. Volume et consistance normaux. *Reins et rate* également un peu congestionnés. Rien dans les intestins. En somme, sauf une légère congestion des différents viscères, *pas trace d'abcès métastatiques*.

Cerveau. Ni liquide pathologique, ni pus; méninges un peu épaissies adhérentes par places à la surface du cerveau surtout sur le tiers inférieur des circonvolutions frontale et pariétale ascendantes droite et gauche, sur la première temporale gauche et à droite sur la lèvre inférieure de la scissure de Sylvius. Dans tous ces points, en enlevant les méninges, on arrache une petite partie de la couche corticale sous-jacente. À la face interne des hémisphères, petites pertes de substance larges de 7 à 12 millim. profondes de 2 à 3 millim. disséminées surtout à la partie postérieure.

REFLEXIONS. Cette observation présente un double intérêt. 1^o L'existence de cet abcès du sternum avec disjonction des parties inférieures et moyennes de l'os sans communication avec le médiastin est un fait assez rare, surtout dans les circonstances où on a pu l'observer ici.

2^o Le fait de l'existence de ces arthrites suppurées multiples comme seules manifestations de l'infection purulente pourrait peut-être venir à l'appui de l'opinion qui attribue, au moins

dans certains cas, un caractère particulier aux manifestations de l'infection purulente, suivant que celle-ci se présente chez un malade qui est sous l'influence de telle ou telle diathèse.

Ici nous avons affaire à un rhumatisant; les douleurs qu'il a éprouvées dans les articulations ont été tout d'abord dues à du rhumatisme simple; le genou gauche ne renfermant pas de pus bien que le malade en ait souffert, en est une preuve; ce n'est qu'ultérieurement que les arthrites sont devenues purulentes par suite de l'aggravation de l'état général. De plus la présence de rhumatisants dans la famille de notre malade permet de croire à l'existence chez lui de cette diathèse, qui, jusque-là latente, s'est manifestée tout à coup à la suite de l'amputation et a imprimé à l'infection purulente un caractère tout spécial.

2. Coexistence du cancer, du tubercule et de l'emphysème;
par M. MOUTARD-MARTIN, interne des hôpitaux.

M. MOUTARD-MARTIN présente un fait anatomo-pathologique intéressant par la coexistence de lésions qui sont rarement réunies sur le même sujet. Il s'agit d'une femme de 71 ans à l'autopsie de laquelle on a rencontré un cancer de la grande courbure de l'estomac. Il existait des tubercules pulmonaires dans une grande étendue des sommets des deux poumons et un emphysème très-marqué. Il existait également une cirrhose avec dégénérescence graisseuse du foie. — Cette femme présentait, en outre, une elongation du col utérin qui atteignait 7 cent. sans hypertrophie de son tissu. Le corps de l'organe mesurait 4 cent.

M. Moutard-Martin fait remarquer que la coïncidence de deux diathèses, tuberculeuse et cancéreuse par exemple, est loin de se présenter aussi rarement qu'on le pense généralement. Pour sa part, il en a rencontré quatre cas de ce genre. Chez la malade dont il est question en ce moment, la coïncidence du tubercule et de l'emphysème est intéressante et montre qu'il faut se garder de vouloir, comme on le fait souvent au lit du malade, rapporter *exclusivement*, dans un diagnostic, tous les symptômes au développement de tubercules ou à la dilatation emphysémateuse du parenchyme pulmonaire. Tubercules et emphysème sont deux lésions qui souvent existent ensemble; il importe de faire la part de chacune, ce qui souvent, il faut bien le reconnaître, présente de grandes difficultés.

3. Elections.

MM. DURET et PINARD sont nommés *membres titulaires*.

MM. CHUQUET, LETULLE, PAUFFARD et SCHWARTZ sont nommés *membres adjoints*.

M. GARSEAU, est nommé *membre correspondant*.

4. Rétrécissement de l'orifice de l'artère pulmonaire ; par M. LETOUSSEY, interne des hôpitaux.

X., 24 ans, découpeur de cartons, entra, le 20 avril dernier, dans le service de M. FERRAND (hospice d'Ivry). Pâleur, maigreux considérable, sueurs nocturnes, toux habituelle, trois hémoptysies antérieures, tels étaient les symptômes rationnels qui nous firent diagnostiquer la phthisie pulmonaire. Depuis son enfance, ce jeune homme était faible, ordinairement essoufflé, incapable de se livrer à des travaux pénibles ; mais chose à noter, jamais il n'avait eu de cyanose.

M. STRAUSS, qui remplaçait alors M. Ferrand, fit l'examen méthodique de la poitrine :

Du côté des poumons matité au sommet, écrasement et craquement humide.

Du côté du cœur ; un bruit de souffle énorme s'entendait au premier temps et à la base ; son maximum était à gauche sous la clavicule. Sa propagation était des plus manifestes et on entendait le souffle très-nettement à la pointe, dans le cou et jusqu'au niveau de la 10^e vertèbre dorsale. Le pouls très-faible, surtout à droite, était régulier et fréquent. — En présence des antécédents du malade (palpitation, essoufflement datant de l'enfance), en raison de la phthisie dont l'évolution était manifestement ultérieure, enfin à cause des caractères du souffle cardiaque, M. Strauss diagnostiqua un rétrécissement de l'orifice pulmonaire ancien, sinon congénital, et ayant amené, probablement par nutrition incomplète, une phthisie pulmonaire.

L'AUTOPSIE est venue le 17 juillet confirmer ce diagnostic : Les *poumons* étaient forcés de tubercules du haut en bas surtout à droite. Aux sommets quelques cavernules. L'induration du tissu était telle qu'elle nous expliquait aisément la propagation du souffle cardiaque. Traces de pleurésie ancienne.

Le *cœur* était énorme ; l'hypertrophie portait surtout sur le ventricule droit ; l'oreillette droite était très-dilatée, remplie de caillots récents. L'orifice aortique était sain. — Les valvules de l'orifice pulmonaire étaient soudées par leur bord, sans

trace d'athérôme ou d'endocardite. Elles représentaient un diaphragme à concavité dirigée en haut et percé à son centre par un orifice de 8^{mm} de diamètre. L'artère pulmonaire était de calibre normal. L'aorte dilatée surtout, relativement aux artères carotide primitive gauche et sous-clavière gauche et au tronc brachio-céphalique dont le calibre était très-petit. M. Ferrand chercha le canal artériel, le trou de Botal et la cloison interventriculaire; l'oblitération était complète.

Le rein et le foie étaient cardiaques, pas de tubercules ailleurs.

5. Carcinôme colloïde de l'intestin grêle; dégénérescence encéphaloïde des ganglions mésentériques; par M. REGEARD, externe des hôpitaux.

N..., 57 ans, est entrée le 6 juillet, salle Sainte-Joséphine, n° 4, service de M. FÉRÉOL, pour de la diarrhée et de l'œdème du membre inférieur gauche.

Aucun renseignement en ce qui concerne l'hérédité et le début de la maladie. Depuis 2 mois environ, cette femme a été prise de diarrhée; les digestions sont devenues lentes et pénibles; souvent après les repas, elle éprouvait de violentes coliques. Pas de vomissements et jamais de sang dans les selles. A la palpation abdominale, on sent une tumeur volumineuse, dure, bosselée et occupant le centre de l'abdomen. Cette tumeur est parfaitement indépendante du foie, et mobile dans le sens transversal seulement. Des pressions même peu ménagées n'occasionnent que peu ou pas de douleurs. La percussion ne donne qu'une submatité peu étendue, et la sonorité tympanique de l'intestin se retrouve dans son voisinage immédiat.

Il n'y a pas d'ascite; mais seulement un œdème très-prononcé et très-mou de la paroi abdominale, au niveau des parties déclives seulement. L'œdème du membre inférieur gauche est également considérable et mou; un peu au-dessous de l'arcade crurale, on sent un cordon dur et douloureux à la pression, suivant la direction des vaisseaux fémoraux.

La malade est très-maigre et d'une pâleur cireuse, cachectique, ne présentant pas de coloration ictérique des conjonctives. Rien d'anormal au toucher vaginal.

17 juillet. La diarrhée s'arrête subitement et le ventre se ballonne. C'est environ pour la troisième ou quatrième fois que la malade éprouve le même phénomène. A partir de ce jour, elle s'affaiblit graduellement et meurt le 18, au soir.

AUTOPSIE.— Les organes thoraciques, les reins, l'utérus et ses annexes sont sains; le foie est gras.

A l'ouverture de l'abdomen, on trouve tout d'abord l'estomac et les anses intestinales très-dilatés par des gaz. Après les avoir enlevés, on arrive à découvrir la *tumeur* située au-devant de la colonne lombaire à laquelle elle adhère par le mésentère. A première vue, cette tumeur paraît constituée par une agglomération d'anses intestinales reliées entre elles par des adhérences, et par un grand nombre de ganglions mésentériques très-volumineux et dégénérés.

Les adhérences sont très-fortes et il est impossible de les détruire sans dilacerer l'intestin. On trouve, au-dessous du péritoine et au milieu des adhérences, de petits amas de matière colloïde qui se rompent avec la plus grande facilité sous une légère pression. Et cependant on ne rencontre aucune trace de cette matière libre dans la cavité péritonéale. On constate également au milieu des adhérences quelques points de suppuration isolés, formant de petits abcès péritonéaux.

En ouvrant une des anses intestinales englobées dans la tumeur et dont la cavité paraît très-dilatée, on s'aperçoit que les parois de l'intestin sont elles-mêmes le siège d'une dégénérescence colloïde très-étendue. Ces parois sont très-épaissies, très-friables et se déchirent avec la plus grande facilité. La surface de section a un aspect gélatineux ; et il est impossible d'y reconnaître à l'œil nu aucune des tuniques de l'intestin. La surface même de la muqueuse a subi elle-même la dégénérescence. La matière colloïde est sillonnée de tractus fibreux qui limitent des flots gélatineux, lesquels s'en vont sous le lavage et ont en quelque sorte l'aspect de grains de grenade. Les *ganglions mésentériques* sont moins blancs à la coupe, et laissent écouler un suc épais. Ils offrent, en un mot, l'aspect de la dégénération colloïde médullaire.

La tumeur n'adhérait pas aux parties voisines. Elle comprimait la veine iliaque primitive gauche dont les parois adhéraient à un caillot que l'on suivait jusque dans la veine fémorale du même côté.

6. Exostose épiphysaire de l'extrémité inférieure du fémur ;
par M. FÉLÉ, interne provisoire.

Cette pièce a été recueillie sur un homme mort d'asystolie, à l'âge de 72 ans, dans le service de M. BOUCHARD, à Bicêtre.

Il ne présentait aucune trace de rachitisme, et nulle part ailleurs on ne trouvait de saillie anormale sur le squelette ; il a eu la syphilis, mais lorsque sa tumeur était déjà en plein développement, vers 22 ans. C'est vers l'âge de 15 ans qu'il vit apparaître au-dessus de la tubérosité interne du fémur

droit une petite tumeur dure, grosse comme une noisette, indolore, qui s'accrut lentement et régulièrement pendant une dizaine d'années. Il avait fini par s'accoutumer à cette difformité qui ne lui causait que peu de gêne, de sorte qu'il ne pouvait pas préciser nettement l'époque à laquelle l'accroissement avait cessé, mais il pensait que depuis l'âge de 25 ans, peut-être 30 au plus, elle n'avait pas subi d'augmentation notable. Elle n'a jamais été le siège que de quelques douleurs sourdes, le plus souvent provoquées par des contusions légères et ne persistant que quelques jours. La pression sur la tumeur, dont on distinguait facilement le mamelon à travers les téguments, était incolore; les mouvements d'extension et de flexion de la jambe se faisaient complètement et sans gêne.

Examen anatomique. La tumeur est recouverte seulement par la peau, le tissu cellulaire sous-cutané et l'aponévrose dont elle est séparée par une bourse séreuse à parois peu distinctes sur certains points et ne communiquant pas avec la synoviale articulaire. La tumeur elle-même, de forme ovoïde, se dirige obliquement en haut et en dedans; elle présente, suivant son axe, une hauteur de 7 cent. et demi; la plus grande circonférence, mesurée sur un plan perpendiculaire à l'axe, est de 15 centimètres. La base d'implantation, située sur le bord interne du fémur à 6 centim. au-dessus de la surface articulaire du condyle, s'étend sur une longueur de 6 centimètres et demi; mais elle présente seulement une épaisseur de 2 cent. et demi, de sorte que, dans ce sens, elle forme un véritable pédicule. Le couturier est en arrière de la tumeur comprise entre deux faisceaux du vaste interne.

Cette exostose présente à sa surface une douzaine de bosselures dont le volume varie de celui d'une lentille à celui d'une noisette. Ces bosselures offrent cette particularité que, tandis que le corps de l'exostose est simplement recouvert d'une mince membrane d'apparence fibro-élastique se continuant sans transition avec le périoste de l'os, elles ont un revêtement de cartilage d'un blanc grisâtre demi-transparent, de 1 millimètre d'épaisseur environ sur la partie la plus saillante de l'éminence et s'amincissant à mesure qu'on se rapproche de la base.

On admet généralement que toutes les exostoses ostéogéniques sont recouvertes, pendant toute leur période de développement, d'une couche de cartilage qu'on ne retrouverait plus lorsque la croissance de la tumeur est terminée; en outre la croissance de ces productions est réputée s'arrêter en même temps que celle du squelette; après 25 ans on ne devrait donc plus trouver de cartilage sur ces exostoses. Cependant on

trouve plusieurs exemples d'exostoses de développement rencontrées sur des sujets ayant dépassé la quarantaine et encore recouvertes d'une couche de cartilage, et analogues par conséquent à celle que je présente.

M. MAYOR a bien voulu se charger de faire quelques coupes d'un fragment de cette exostose, et voici ce que montre l'examen microscopique d'une bosselure : le centre est constitué par du tissu spongieux recouvert par une couche d'apparence plus compacte et qui forme l'écorce. La portion spongieuse est formée par des lamelles de tissu osseux. Quant à la partie compacte, c'est une lame de cartilage calcifiée sur quelques points ; elle est séparée du tissu osseux par une zone de prolifération qui manque sur certains points, où on voit le cartilage hyalin appliqué directement sur une lamelle osseuse.

Etant donné l'âge du sujet, la présence de ces bosselures recouvertes d'une lame cartilagineuse présentant à sa face profonde une zone de prolifération peut contribuer à faire admettre que le développement des exostoses épiphysaires n'est pas nécessairement parallèle à celui de squelette, mais peut se continuer plus tard d'une manière insensible.

7. Note sur la pneumonie caséuse ; par M. CHARCOT.

M. CHARCOT fait connaître le résultat de l'examen microscopique qu'il a fait de pièces présentées à la Société et ayant trait à l'histoire de la pneumonie caséuse (1).

Dans les trois cas dont il est ici question, il s'agissait de pneumonies pseudo-lobaires qui, sous la forme lobulaire, avaient envahi tout un lobe du poumon. Cliniquement la maladie avait évolué avec une grande rapidité et avec l'allure de la pneumonie lobaire. La mort est survenue une fois très-rapidement le quatrième jour (cas de M. Maygrier).

Il s'agissait donc de cette variété de lésion que l'on désigne sous le nom de pneumonie caséuse et qui, pour Virchow, provient d'une broncho-pneumonie développée en dehors de la présence des tubercules.

L'examen histologique a montré à M. Charcot qu'il y a lieu de revenir sur l'opinion émise par Virchow et Renhart et acceptée trop légèrement, que dans ces faits il s'agit certainement d'une lésion de nature tuberculeuse et qu'il faut se rat-

(1) Voir les faits présentés en mars et mai par M. Maygrier, p. 236 et 372, par M. Bulteau en avril, p. 284.

tacher à la doctrine de Laennec légèrement modifiée par suite des progrès de l'histologie. Cette opinion n'est donc pas nouvelle en France : MM. Thaon, Grancher et Renault l'ont soutenue ; plus tard, en Angleterre, Wilson Fox la confirmait.

Les nodules visibles à l'œil nu sur les coupes faites dans le tissu pulmonaire sont constitués par une agrégation de tubercules miliaires. On se rappelle que le tubercule, lorsqu'il est isolé, offre à son centre une cellule géante entourée de cellules épithélioïdes en dehors desquelles se voient de nombreux noyaux.

Voici ce que l'on remarque sur la coupe d'un lobule pulmonaire. Au centre apparaissent deux orifices, celui de l'artère et celui de la bronche ; autour de cette dernière se groupent des lésions sous la forme d'une masse à contour irrégulier divisée en deux zones ; l'une centrale, jaune, caséuse est assez nettement séparée de celle qui lui est extérieure ou zone périphérique. Celle-ci, très-bien observée par Grancher, est formée par une série de granulations tuberculeuses contenant une cellule géante, et des noyaux en dehors de cette cellule. Les cellules géantes, ordinairement disposées sur un seul rang peuvent en former plusieurs. Autour de cette zone périphérique se voient les alvéoles pulmonaires soit saines, soit avec des lésions indépendantes du processus tuberculeux. L'ensemble de ces altérations constitue une masse tuberculeuse avec caséification centrale, car ici comme dans la langue ce sont toujours les tubercules centraux qui se ramollissent les premiers.

Nulle part il n'existait de pneumonie sur les pièces que M. Charcot a examinées. D'ailleurs, y eût-il des dépôts fibrineux dans le parenchyme pulmonaire, c'était là un phénomène accessoire, car les masses, caséuses à leur centre, sont toujours entourées d'une zone tuberculeuse parfaitement reconnaissable. Que l'on trouve dans le parenchyme pulmonaire des exsudats pneumoniques, cela importe peu : la caséification ne se produit jamais à leur niveau ; toujours elle apparaît au centre d'une agglomération de tubercules nettement constitués ; que ceux-ci soient ou non entourés de lésions variées, ce sont là des détails secondaires.

La pneumonie caséuse, résultat supposé de la caséification de l'exsudat pneumonique survenue en dehors de la présence du tubercule, n'existe donc pas sur les pièces observées ; et quant à l'existence indépendante de la pneumonie caséuse, M. Charcot pense qu'elle aurait besoin de s'appuyer sur de nouveaux faits.

8. Hémorrhagie intra-musculaire (psaos) survenue chez un enfant nouveau-né (un mois) dans le cours d'un ictère résultant d'une obstruction du canal cholédoque par des calculs biliaires ; par M. CUFFER, interne des hôpitaux.

Le 5 juillet 1877, on apporta dans le service de M. PARROT, à l'hospice des Enfants-Assistés, un enfant âgé de 12 jours, présentant un ictère très-prononcé, ainsi que des signes d'athrèpsie déjà très-accusés. Jusqu'au 11 juillet on ne nota rien de nouveau, l'ictère persistait. Mais le 16, l'enfant eut une hématurie. Le 18, il y eut de nouveau de l'hématurie, de plus une légère hémorrhagie intestinale, et une exsudation sanguine très-nette et persistante au niveau des plaques ptérygoïdiennes et des ulcérations malléolaires très-marquées chez cet enfant. En un mot, il se manifesta une véritable hémophilie et l'enfant mourut le 22 juillet, à 6 h. du matin.

AUTOPSIE. On trouve que tous les viscères ont une teinte anormale. Le poumon est jaune très-clair, le rein également.

Le *foie* est d'une teinte bronze foncé, il est mou, flasque. La vésicule est complètement vide, revenue sur elle-même, réduite à l'état d'un petit canal; le *canal cholédoque* et le *canal cystique* sont oblitérés par les *calculs*. — Le foie est rempli de bile. Un grand nombre des cellules hépatiques sont granulo-graisseuses. — *Intestins*. Les selles sont décolorées, grises. — Il y a quelques portions de l'intestin où il y a du sang mélangé aux matières.

Cœur. Le cœur est pâle, anémié. Les fibres musculaires sont en grand nombre devenues granuleuses.

Cerveau. Absolument décoloré; il a la couleur et la consistance d'une crème au lait. Dans la corne frontale droite, au milieu d'une substance complètement décolorée, d'apparence homogène, on voit un petit foyer sanguin circonscrit, on en trouve également un auprès du ventricule latéral droit.

Enfin, en examinant le reste du corps, on constate au niveau du *psaos* gauche une saillie considérable. Cette saillie est formée par un énorme caillot qui se trouve dans l'intérieur même du muscle *psaos* dans toute sa longueur. Ce caillot est entouré d'une coque fibreuse. On ne trouve aucune altération des gros vaisseaux voisins, ni du squelette de cette région.

9. Contribution à l'étude du développement du cerveau considéré dans ses rapports avec le crâne ; par M. Ch. FÉLÉ, interne provisoire.

L'étude des rapports anatomiques du cerveau et du crâne

chez le fœtus présente un grand intérêt, non-seulement pour les faits bruts qu'elle révèle, mais encore pour les renseignements qu'elle donne sur le développement relatif des diverses régions des lobes cérébraux comparé avec celui des os qui les recouvrent. Mais avant d'exposer les résultats de recherches encore peu nombreuses, je dirai quelques mots du procédé que j'ai employé.

Lorsqu'il s'agit d'étudier des cerveaux d'adultes qui présentent une consistance assez considérable, le procédé des fiches de M. Broca, peut donner des résultats suffisamment précis, surtout si, comme je l'ai fait, on a soin de mesurer le cerveau maintenu en position dans le crâne par la dure-mère (*Bull. soc. anat.* 1875, page 828.) Mais lorsque l'on opère sur des cerveaux de nouveau-nés, et à plus forte raison de fœtus, qui présentent une très-faible consistance, ce procédé devient insuffisant, car après l'ablation totale de la calotte crânienne la forme du cerveau subit des modifications telles, que les mensurations deviennent souvent illusoires.

Le procédé dont j'ai fait usage me paraît moins trompeur; il se rapproche beaucoup de celui de Turner, qui serait ici difficilement applicable. Après avoir enlevé les téguments, j'enfonce de chaque côté de la ligne médiane dans les fontanelles, des chevilles qui sont destinées à maintenir les rapports du cerveau et du crâne, plutôt qu'à servir de points de repère; ensuite j'incise la membrane interosseuse immédiatement en dehors de la ligne médiane. Sur les côtés de la faux du cerveau, tout le long de la suture sagittale, une seconde incision est faite de même sur toute la longueur de la suture coronale, du bregma au ptérion; une troisième enfin, dans la suture pariéto-occipitale, du lambda à l'astérion.

La dure-mère a été incisée sur les mêmes lignes, de sorte que l'on peut facilement, en écartant les pariétaux en dehors, découvrir toute la région pariétale du cerveau qui conserve sa forme et les rapports des sillons avec les sutures du crâne. La faux du cerveau restée intacte avec la membrane interosseuse, empêche l'écartement des frontaux et de l'occipital, et par conséquent l'allongement du diamètre antéropostérieur qui ne sera pas raccourci non plus, tant que cette membrane sera maintenue tendue. Le cerveau tend toujours à s'étaler en dehors, et les rapports sont moins bien conservés dans le sens transversal; mais on peut les rétablir momentanément en rapprochant les pariétaux écartés comme des valves. Même, quand on est très-familiarisé avec l'étude des circonvolutions cérébrales, on doit craindre de se tromper en examinant ces cerveaux de fœtus à travers la pie-mère qu'on ne peut détacher à l'état frais, et dont les vaisseaux sont souvent

gorgés de sang; il est donc plus prudent de marquer les deux extrémités des sillons dont on mesure les rapports avec des fiches pour pouvoir vérifier plus tard leur identité.

Il ne sera point question dans cette note des sujets observés avant le cinquième mois de la vie intra-utérine; je ferai seulement remarquer que chez tous ceux que j'ai vus, la scissure perpendiculaire externe ou la scissure perpendiculaire interne, quand la première n'avait point encore paru, se trouvait de plusieurs millimètres en avant de l'angle de l'occipital.

C'est surtout à partir de la fin du cinquième mois, lorsque les sillons de la convexité commencent à être facilement reconnaissables, que l'étude de leurs rapports avec les sutures crâniennes, présente le plus grand intérêt. Les sujets que j'ai examinés depuis cette époque jusqu'à ce terme ne sont qu'au nombre de douze, aussi n'ai-je pas la prétention de tirer des conclusions absolues; mais comme les chiffres sont très-concordants, au moins sur les points principaux, on ne peut leur refuser une certaine importance, surtout si on les rapproche de quelques observations faites sur les nouveau-nés et les enfants.

On ne trouvera ici que les chiffres indispensables, et se rapportant immédiatement au sujet.

I. Je n'ai eu entre les mains qu'un seul fœtus dans la dernière moitié du cinquième mois (examen des points d'ossification). Il présentait sur la convexité de l'hémisphère de chaque côté trois plis radiés bien distincts; l'antérieur était précisément sous-jacent et parallèle à la suture coronale; le pli radié médian était à son extrémité interne ou supérieure de 12 mm. en arrière de la suture coronale, son extrémité externe ou inférieure était seulement à 6 mm. en arrière de la même suture. On admet généralement que c'est ce pli médian, le plus étendu en longueur et en profondeur qui représente à cette époque le sillon de Rolando, tandis que les deux autres représenteraient les sillons pré et post rolandique.

Le sillon pariéto-occipital ou perpendiculaire externe qui constituait une anfractuosité considérable relativement au peu de profondeur des autres sillons était situé à 4 cent. en avant du lambda.

La scissure de Sylvius était à 5 mm. au-dessus de la partie la plus élevée du bord supérieur de l'écaille temporale.

II. Dans le sixième mois, surtout dans la dernière moitié, il n'y a plus de doute possible sur le sillon de Rolando. Sur trois sujets de cet âge, les distances rolando-coronales supérieure et inférieure étaient: sur une fille 14 et 8 mm., sur deux garçons 15 et 8 mm., 17 et 9 mm.

La distance qui sépare la scissure pariéto-occipitale du lambda était sur les mêmes sujets 8,8 et 10 mm.

La scissure Sylvienne passait chez le premier, à 6 mm. au-dessus de la partie la plus élevée du bord supérieur de l'écaille du temporal, à 7 mm. chez le second, à 8 mm. chez le troisième.

III. Son trois fœtus dans le cours du septième mois, nous avons, pour les distances rolando-coronales supérieure et inférieure, 18 et 10 mm. (fille), 20 et 12 mm. (garçon) 21 et 10 mm. fille.

La scissure pariéto-occipitale est en avant du lambda de 8 mm. dans les deux premiers cas, de 9 dans le troisième.

La distance de la scissure sylvienne à l'écaille temporale est de 7 mm. chez le premier et de 6 mm. sur les deux autres.

IV. Un fœtus du sexe féminin de huit mois et demi donnait : pour les distances rolando-coronales supérieure et inférieure 25 et 15 mm.

De la scissure pariéto-occipitale ou lambda, 12 mm ; de la partie la plus élevée de l'écaille temporale à la scissure sylvienne, 10 mm.

V. Le cinquième groupe se compose de quatre sujets, dont deux fœtus mâles à terme, une fille de deux jours, et un garçon de trois jours.

Les distances rolando-coronales supérieure et inférieure, ont été pour les deux premiers 26 et 17 mm.; pour les deux autres, 27 et 18 mm., 29 et 19 mm.

La scissure pariéto-occipitale était en avant du lambda de 18, 15, 17 et 12 mm.

La scissure Sylvienne passe encore au-dessus de la partie la plus élevée de l'écaille temporale de 12, 11, 10 et 13 mm.

Bien qu'on trouve comme toujours sur ces cerveaux des différences assez considérables portant sur la forme et la direction des plis secondaires, on doit remarquer que les sillons principaux, ceux sur lesquels ont porté les mensurations sont presque rigoureusement symétriques.

Dans la même série, les chiffres indiqués varient à peu près dans la même proportion que l'indice céphalique.

J'ai préféré les donner tous plutôt qu'une moyenne qui ne répondrait à aucun cas ; cela peut d'ailleurs permettre de les comparer à d'autres. Ainsi, en rapprochant le dernier groupe des trois premières observations de M. de la Foulhouze (th. 1876, p. 53), on peut constater que bien que les indices céphaliques soient presque identiques, les distances rolando-coronales supérieures ou rolando-bregmatiques sont plus considérables dans ses observations que dans les miennes, tan-

dis qu'il existe des différences en sens inverse pour la distance qui sépare la scissure perpendiculaire ou occipitale externe du lambda. Ces différences sont en somme dans le même sens puisqu'elles indiquent que dans les cas de M. de la Foulhouze l'extrémité postérieure du sillon de Rolando et la scissure perpendiculaire externe sont toutes deux portées plus en arrière. Il est probable qu'elles sont dues à la diversité des procédés de mensuration : je rappellerais ici que M. de la Foulhouze mesurait ses cerveaux une fois retirés du crâne et même le plus souvent le lendemain ou encore plus tard (*loc. cit.* p. 41); cette manière de faire ne me paraît pas à l'abri de toute erreur. Malgré les divergences importantes seulement au point de vue de la localisation de certaines lésions chirurgicales chez le nouveau-né (Tapret, *journal de méd. et de chir. pratiques* 1877, p. 163), je crois que les chiffres donnés par cet auteur, non-seulement pour les nouveau-nés, mais aussi pour les enfants viennent à l'appui des conclusions que je me propose de tirer et je n'hésite pas à les utiliser.

Des mensurations rapportées plus haut réunies à d'autres faites antérieurement sur d'autres catégories de sujets on peut déduire :

1° Contrairement à ce qui a été affirmé, jamais à la naissance ni même pendant la période fœtale, l'extrémité inférieure ou externe du sillon de Rolando ne passe en avant de la suture coronale. Le sillon est toujours situé en arrière de la suture dans toutes son étendue, dès le moment où il devient facile à distinguer.

2° Pendant la période fœtale, le sillon de Rolando présente une obliquité d'autant plus considérable par rapport à la suture coronale qu'on est encore plus éloigné de la naissance; du sixième mois de la vie intro-utérine à la naissance, le degré de l'obliquité peut varier dans la proportion de 2 à 3, comme on le voit en comparant les distances rolando-coronales supérieure et inférieure chez un fœtus de 6 mois où elles sont de 14 et 8 mm. et chez un enfant de 3 jours où elles sont 29 et 19.

L'obliquité du sillon de Rolando paraît être au minimum chez l'enfant à terme. Cependant, je l'ai trouvé très-incliné chez deux enfants de 9 et 17 jours, dont les distances rolando-coronales supérieure et inférieure étaient 29 et 15 pour le premier, 31 et 16 pour le second.

Après la naissance, le sillon de Rolando s'incline de nouveau graduellement, et chez l'adulte, son obliquité toujours considérée par rapport à la suture coronale, est redevenue presque aussi considérable que chez le fœtus; les distances rolando-coronales supérieure et inférieure sont en effet, chez

la femme 45 et 27 (moyenne de 54 sujets), et chez l'homme 47 et 28 (moyenne de 38 sujets).

3° La branche postérieure de la scissure de Sylvius se trouve dès l'origine chez le fœtus sur un plan plus élevé par rapport à l'écaïlle temporale qu'elle ne sera chez l'adulte.

4° La scissure pariéto-occipitale, au lieu de répondre exactement au lambda, comme cela est presque constant chez l'adulte, est située très en avant dès son apparition, même avant qu'elle n'ait atteint la convexité de l'hémisphère.

A partir de la naissance, la scissure sylvienne et la scissure pariéto-occipitale semblent s'abaisser progressivement et elles finissent par atteindre chez l'adulte, ou à peu de chose près, la première le bord supérieur de l'écaïlle du temporal, la seconde le lambda. La scissure de Sylvius ne dépasse jamais inférieurement cette limite; quant à la scissure pariéto-occipitale, je ne l'ai vue que trois fois sur 92 au-dessous du lambda, deux fois chez la femme, et une seule fois chez l'homme.

De ces rapports des scissures sylvienne et pariéto-occipitale avec les sutures crâniennes comparés aux diverses époques de l'évolution, il paraît assez naturel de conclure, que chez le fœtus, la région occipito-pariéto-temporale du cerveau, que les observations physiologiques et pathologiques récentes permettent jusqu'à un certain point de qualifier de région végétative, présente un volume beaucoup plus considérable que chez l'adulte relativement à la région pariéto-frontale ou psycho-motrice; et que ce n'est qu'après la naissance que l'accroissement de cette dernière prend une prédominance progressive et parallèle au développement de certaines fonctions.

L'obliquité du sillon de Rolando, par rapport à la suture coronale qui est redevenue considérable chez l'adulte, semblerait aussi, à première vue, de nature à prouver un plus grand développement relatif pendant l'enfance et l'adolescence, de la portion supéro-interne de la région frontale où on croit pouvoir localiser certains centres moteurs et psychiques; et que ce plus grand développement est en rapport avec l'activité fonctionnelle de cette région. Quelques mensurations faites sur des cerveaux d'idiots ou de sujets amputés depuis l'enfance semblent venir à l'appui de cette opinion (Arch. de phys. norm. et rath., 1876, p. 262. — Bul. Soc. anat., 1876, p. 439. — Ibid., 1877, p. 186); mais ces observations sont encore peu nombreuses et n'ont qu'une valeur relative.

Pour que ces conclusions fussent légitimes, il faudrait qu'il fût démontré que le développement des os qui constituent la boîte crânienne s'effectue avec une intensité égale sur tous

les points à toutes les périodes de l'évolution, et que les loges formées par l'occipital, les pariétaux, les temporaux, les frontaux, s'accroissent toujours d'une façon régulière et parallèle. Or, certains faits tendent, au contraire, à prouver que ce parallélisme de développement n'existe pas. Dans les races blanches, les sutures postérieures se soudent plus tôt que les antérieures, et la portion pariéto-frontale de la cavité crânienne peut continuer à se développer plus longtemps que la portion pariéto-occipitale. Cette disposition est exagérée sur les sujets dont la suture métopique reste ouverte jusque dans un âge avancé; dans certains de ces cas, non dans tous, il est vrai, j'ai constaté que le sillon de Rolando était plus rapproché de la suture coronale que sur d'autres crânes présentant des diamètres identiques. Les différences de rapport du cerveau et du crâne aux divers âges peuvent donc tenir au développement inégal soit des segments de la cavité, soit des régions correspondantes de l'organe contenu. Les faits précédents sont insuffisants pour fournir un argument nouveau et tout à fait probant en faveur de la doctrine des localisations fonctionnelles du cerveau; c'était, je dois l'avouer, l'objet principal de ces recherches, il n'est pas atteint.

A partir de l'âge adulte, du moment où le développement du cerveau et du crâne peut être supposé complet, les rapports des sillons et des sutures paraissent rester invariables: si je compare les mensurations de 92 sujets depuis 30 ans jusqu'au-dessus de 90 en les groupant par sexe et par âge, de 10 en 10 ans, je ne trouve pas de différence notable entre les diverses séries.

Ce résultat semble indiquer que s'il existe une atrophie sénile du cerveau, ce doit être une atrophie en masse et non pas une atrophie systématique ou régionale (abstraction faite des effondrements des circonvolutions qui d'ailleurs n'ont point de localisation spéciale).

40. Alcoolisme chronique. — Pneumonie chronique. — Cavernes pulmonaires. — Abscès du foye. — Abscès encéphaliques; par M. Maurice LETULLE, interne des hôpitaux.

Le 20 mai 1877, le nommé Buff., Louis, 58 ans, entre à l'hôpital de la Pitié, salle Saint-Michel, n° 28, dans le service de M. GOMBAULT. Il raconte qu'il est malade depuis cinq jours. Il a éprouvé des douleurs assez vives dans le côté droit de la poitrine, en même temps qu'il a eu de la fièvre. Constipation, anorexie. Pas de vomissements.

Ce malade n'a jamais été retenu au lit par la plus minime indisposition. Il avoue des excès alcooliques nombreux dans

sa jeunesse. N'a pas eu la syphilis. On constate, au moment de son entrée, un embarras gastrique fébrile léger; la fièvre est peu vive 38°,2. Nombreux râles sibilants et muqueux disséminés dans la hauteur des deux poumons. Tremblement alcoolique des membres supérieurs. La région hépatique est un peu sensible à la pression. On trouve une matité de dix centimètres à la percussion sur une ligne mamelonnaire.

22 *mai*. A la visite du soir, le malade est pris subitement d'une agitation extrême, délire violent; il veut se lever et trois hommes ont de la peine à le maintenir dans son lit; la fièvre est vive, T. A. 39°,5. Ce délire persiste toute la nuit, mais le lendemain matin le malade a repris son air tranquille et ne se rappelle aucunement ce qui s'est passé.

25 *mai*. La même agitation reparait le soir. Rêvasseries, cauchemars, le malade se croit menacé. Opium à hautes doses. La température monte à 40°,2. L'examen des différents viscères ne donne aucun indice, sauf une légère submatité dans la moitié inférieure du thorax à droite, en arrière. On perçoit à ce niveau, dans les grandes inspirations, des bruits secs qui paraissent être des frottements. Pas d'égophonie ni de souffle. Bien que le délire n'ait pas reparu, l'état général est mauvais, la langue est sèche.

29 *mai*. On perçoit à la base du poumon droit, en arrière, quelques râles muqueux fins et sibilants, mêlés aux frottements; la fièvre persiste, la température oscille entre 39°,6 et 38°,8.

4^{er} *juin*. Le malade va mieux; il a commencé à manger un peu, s'est fort amaigri. Les nuits sont moins mauvaises, il dort un peu. La langue est moins sèche. Quelques râles sous-crépitants à la base du poumon droit. Râles sibilants disséminés.

4 *juin*. Délire cette nuit; mais moins violent. Pas de frisson. Ce matin la T. A. est basse 36°,8.

6 *juin*. On constate, pour la première fois, un léger œdème des membres inférieurs. La percussion du foie n'est pas douloureuse. Pas d'ascite. Le poulx est faible, très-petit, mais régulier, P. 80.

8 *juin*. L'œdème augmente rapidement. Il remonte aujourd'hui jusqu'à l'ombilic. Les urines n'ont jamais contenu ni sucre, ni albumine.

9 *juin*. Toutes les nuits le délire reparait. Délire calme, mots incohérents, quelques cris très-aigus sans que le malade accuse cependant une douleur localisée.

11 *juin*. Il a été pris hier au soir d'un accès de dyspnée excessivement violent. Cyanose extrême, état asphyxique, on l'a cru mort pendant quelques minutes. Ce matin la dyspnée

est calmée. Les bruits du cœur sont voilés par des râles sibilants nombreux. A la base gauche on trouve râles sous-crépitaux fins et crépitants nombreux. Le pouls reste régulier quoique très-faible, il est lent. La T. A. reste basse depuis le 8 juin, elle oscille autour de 36°,5.

14 juin. Le délire a reparu très-violent la nuit dernière. Ascite légère. L'œdème des membres inférieurs est considérable. Le malade ne se plaint pas, répond bien aux questions. Le pouls est toujours très-régulier.

16, 17, 18 juin. Les nuits sont très-agitées. Cris perçants éclatant subitement sans cause et après lesquels le malade paraît tomber dans un état comateux. Affaiblissement rapide. Emaciation considérable. Le pouls devient irrégulier et très-rapide 128.

19 juin. Facies hippocratique. Le malade pousse des cris incessants. On ne peut le questionner. Décubitus dorsal. Langue sèche, fuligineuse, asphyxie, cyanose extrême des extrémités. Dyspnée intense. Cris déchirants. Ne répond plus aux questions.

20 juin. Le malade paraît un peu mieux. Il comprend les questions qu'on lui fait, et y répond d'une voix faible. Il ne peut dire quel est l'endroit où il souffre. — Il meurt subitement dans la nuit.

AUTOPSIE. L'examen cadavérique fait avec soin permet de constater les lésions suivantes :

Le *poumon droit* présente des adhérences déjà anciennes, généralisées à toute la cavité pleurale, sauf au niveau du diaphragme. Sur le lobe moyen, face externe, une caverne anfractueuse, creusée au milieu du parenchyme pulmonaire induré, grisâtre, à peine crépitant. Cette caverne confine à la plèvre, elle atteint la grosseur d'une petite noix. Elle contient une quantité notable de matière putrilagineuse sans odeur gangréneuse, et de tractus encore adhérent aux parois. Le sommet est creusé de cavernules remplies de masses blanchâtres fromageuses. Ces cavernules sont creusées dans un tissu gris noirâtre sillonné sur les tractus fibreux très-abondants. Le parenchyme est friable et crépite à peine. On ne trouve en aucun point de tubercules.

Poumon gauche. Fausses membranes récentes au niveau du bord postérieur et sur la face diaphragmatique. Epanchement pleural très-abondant, liquide louche. Le lobe inférieur est revenu sur lui-même et carnifié. On retrouve dans le lobe supérieur des lésions en tout semblables à celle du côté droit, et l'on ne peut constater la présence de tubercules. Les ganglions du hile de chaque poumon, sont peu gros et ne sont pas caséeux.

Cœur. Gras, paraît dilaté. L'orifice mitral est athéromateux. Gros caillot fibrineux récent, mais totalement blanchâtre dans l'artère pulmonaire. La fibre musculaire paraît un peu feuille-morte. Péricarde, sain. — L'aorte est très-athéromateuse. On trouve un point où l'endothélium paraît comme ulcéré, immédiatement au-dessous de l'origine de la sous-clavière gauche.

Estomac. La muqueuse, manifestement épaissie, montre de gros vaisseaux très apparents surtout au niveau de la grande courbure. On trouve trois ou quatre ulcérations très-superficielles, arrondies, au niveau des points où les vaisseaux sont le plus apparents.

Reins petits, très-injectés. La capsule s'enlève facilement, elle est très-mince. Les vaisseaux sont très-athéromateux. On trouve au niveau du sommet d'une pyramide une petite tumeur dure, blanchâtre, d'aspect fibreux, arrondie, du volume d'une grosse tête d'épingle.

Foie. Le foie est gras, très-volumineux. Sur la coupe, on tombe dans une énorme poche purulente creusée au centre même de la glande hépatique. Cette poche est de la grosseur du poing. Ses parois sont anfractueuses, sans épaississement du foie dans le voisinage. Le contenu est un liquide jaune verdâtre, très-filant, rappelant une solution de gomme épaissie. Dans le voisinage quelques petites cavités purulentes, de la grosseur de petites noix, contenant un liquide purulent semblable. Elles sont situées dans le lobe droit.

Intestins. Les intestins ont été examinés avec soin. Le gros intestin, non-plus que l'intestin grêle, n'offraient aucune lésion appréciable.

Rate petite, diffluente.

Encéphale. La circonvolution marginale du corps calleux gauche offrait, immédiatement au-dessous de la pie-mère, un petit abcès gros comme un petit pois. De même au niveau du bord postérieur de l'hémisphère cérébelleux gauche, un autre abcès plus petit se montrait sous les méninges. Dans l'épaisseur de la couche optique gauche près de l'épendyme, et dans la substance du corps strié droit (noyau intra-ventriculaire) deux autres abcès du même volume. Ces abcès occupaient la substance grise entourés d'une zone rouge, hémorragique. Ils n'avaient pas déterminé de méningite dans leur voisinage. Le pie-mère dans toute son étendue est fortement congestionnée.

RÉFLEXIONS. Cette observation nous a paru digne d'être rapportée, avec ses longueurs et malgré ses lacunes. Elle nous montre les faits suivants :

1° Une hépatite suppurée méconnue pendant la vie du malade;

2° Une véritable pyohémie chronique (abcès du foie et de l'encéphale, pleurésie aiguë) ne se rattachant à aucune cause connue. Le malade n'avait jamais quitté la France et n'avait eu ni dysenterie ni fièvre intermittente;

3° L'affection chronique des poumons probablement de nature alcoolique a-t-elle joué un rôle quelconque dans l'apparition des accidents d'infection purulente qui ont causé la mort du malade?

4° Doit-on rapporter à l'alcoolisme ces lésions graves ayant porté sur trois viscères si fréquemment atteints dans cette intoxication, l'encéphale, le poumon et le foie?

44. Diabète. — Tubercules pulmonaires. — Abscès des reins.
— **Cancer de l'estomac et du foie;** par M. P. RICHER, interne des hôpitaux.

P..., 32 ans, entre le 8 mars 1877, dans le service de M. GALLARD, hôpital de la Pitié. Sans être d'une très-robuste constitution, il s'est toujours bien porté. Son père, âgé de 71 ans, jouit d'une belle santé. Sa mère, morte à 68 ans, avait un goître et était asthmatique depuis fort longtemps. Elle a succombé à des accidents pulmonaires.

Au mois d'août dernier, un médecin qui le soignait d'une bronchite, s'aperçut qu'il avait du sucre dans les urines. Depuis quelque temps déjà, le malade avait remarqué qu'il urinait beaucoup et qu'il était tourmenté par la soif. Il guérit assez bien de sa bronchite pour reprendre son travail. Mais bientôt un affaiblissement excessif et l'aggravation des symptômes du diabète, le forcèrent d'entrer à l'hôpital vers le mois d'octobre. Il demeura trois semaines dans le service de M. Desnos, et en sortit un peu amélioré. Mais il ne tarda pas à retomber dans le même état que précédemment, ses forces ne lui permirent pas de reprendre son état de cordonnier, et il traîna misérablement, buvant beaucoup, pissant de même, s'affaiblissant de plus en plus, jusqu'à son entrée dans le service de M. Gallard.

Il est très-amaigri, il a le teint terreux et la face bouffie. Il boit et urine de 6 à 8 litres par 24 heures. Son urine contient une notable proportion de sucre. Pas d'albumine. Il a grand appétit et se rassasie promptement de viande. Pas de fièvre. Il ne tousse pas. Il porte à la cuisse droite les restes d'un vaste abcès en voie de cicatrisation. Cet abcès est survenu au mois de décembre. Les téguments de la partie postérieure de la cuisse étaient décollés, et l'incision donna issue à près d'un

titre de pus. Traitement : Macération de quinquina, pain de Gluten. Cresson.

La quantité de boisson absorbée et d'urine rendue, diminua progressivement, au point de descendre à deux litres vers le mois de juin, et s'y maintint jusqu'à la fin. Le sucre disparut aussi complètement vers la même époque.

L'appétit diminua également ; le malade avait de la peine à ingérer la viande crue qu'on lui prescrivit, mais il n'eut jamais de vomissements.

L'émaciation fit de grands progrès ; il eut une bronchite nouvelle avec craquements aux sommets, et pleurésie à la base gauche ; des inflammations circonscrites et fugaces se montrèrent sur différents points des membres inférieurs. Un abcès suppura au talon gauche. Il eut des douleurs généralisées qui rendaient ses mouvements dans le lit fort pénibles. Sa vue s'affaiblit, il avait un peu de fièvre le soir et des sueurs profuses la nuit.

Quelques jours avant de mourir, ses crachats devinrent purulents, son urine laissa déposer du pus. Elle ne contenait ni sucre ni albumine. — Il mourut le 17 juillet, dans un état de cachexie extrême.

AUTOPSIE. Les reins sont volumineux, leur surface externe est rendue inégale par la proéminence d'un grand nombre d'abcès de différents volumes. A la coupe, il s'en échappe un pus blanc et crémeux. Les abcès sont limités par une membrane blanchâtre. Les plus petits sont de forme sinueuse. Dans l'intervalle des abcès, le tissu rénal est pâle et parsemé de petites extravasations sanguines. Les deux substances sont facilement reconnaissables, les deux reins sont altérés à peu près au même degré. Les uretères ne sont pas dilatés. La vessie est petite et à parois un peu épaissies.

Le foie a conservé son volume et sa forme, mais sa surface est rendue rugueuse par un semis de petites saillies d'un blanc jaunâtre de volume variable, depuis celui d'un grain de millet, jusqu'à celui d'un petit pois, d'une consistance très-dure. Dans l'intervalle, le tissu du foie est granuleux, assez résistant. — Une coupe permet de constater dans l'intérieur même de l'organe la même abondance de petites tumeurs. Elles sont arrondies, nettement limitées, d'une dureté cartilagineuse, ne laissant pas suinter de liquide. Plusieurs sont teintées en jaune par la bile et présentent, au centre, une petite excavation qui pourrait bien être la lumière d'un conduit biliaire. Aucune d'elles n'a subi de ramollissement. Les ganglions qui avoisinent la hile sont volumineux et durs. On trouve au devant de la colonne vertébrale une masse formée de ganglions semblables qui entourent l'aorte.

Le *pancréas* est volumineux, de consistance dure. Sa tête est entourée de masses ganglionnaires dégénérées qui adhèrent également au duodenum. Les ganglions solaires du grand sympathique ont été trouvés englobés dans ces amas ganglionnaires. L'*estomac* présente aux environs du pylore une infiltration d'apparence carcinomateuse qui augmente l'épaisseur des parois et rétrécit l'orifice pylorique, au point de ne permettre que l'introduction d'un seul doigt. La *rate* est volumineuse, friable, parsemée de petites nodosités semblables à celles que l'on trouve dans le foie, mais en plus petit nombre.

Le *poumon* gauche est diminué de volume. Sa base est recouverte de fausses membranes peu résistantes et de plusieurs millimètres d'épaisseur. La cavité pleurale renferme une notable quantité de liquide. On trouve près du sommet du poumon une caverne du volume d'une grosse olive remplie de pus. Deux autres excavations de dimensions presque égales se rencontrent vers le bord antérieur. A l'entour des cavernes, le tissu pulmonaire est infiltré de noyaux tuberculeux. Le reste du poumon est congestionné. Il surnage. A droite, les plèvres sont adhérentes dans la plus grande partie de leur étendue, c'est-à-dire à la base du poumon et tout le long de son bord postérieur. Le sommet du poumon présente un noyau du volume d'une noix, d'une dureté presque cartilagineuse. Le reste du poumon paraît sain. — Le *cœur* est petit, globuleux, il semble en état de systole. Les parois sont épaissies. Pas de caillots ni de lésion valvulaire.

Le *cerveau* est sain. On trouve seulement sur le plancher du 4^e ventricule quelques arborisations vasculaires un peu marquées.

12. Cancer de l'œsophage. Rétrécissement spasmodique — Cancer secondaire du foie, des ganglions médiastinaux et des poumons. — Caverne pulmonaire tuberculeuse; par M. MAURICE LETULLE, interne des hôpitaux.

Lesage Louis, 66 ans, fumiste, est apporté le 12 juil 1877 salle Saint-Michel, n° 17, service de M. GOMBAULT. Il y a environ un an le malade s'aperçut pour la première fois qu'il avalait un peu difficilement, bientôt quelques régurgitations faciles se montrèrent. Enfin, il y a six mois, la déglutition devenant absolument impossible, il entra à l'hôpital Lariboisière et fut soumis au cathétérisme. On le sonda 14 fois, et il partit déglutissant assez facilement, les régurgitations alimentaires devinrent journalières depuis cette époque. Il a remarqué que le lait remonte souvent caillé avec quelques autres aliments un peu digérés. Amaigrissement considérable.

Il vient à l'hôpital parce que depuis quelques jours la gêne est devenue très-marquée et que les aliments ne passent plus. Etat squelettique, on trouve au creux épigastrique deux grosses masses bouclées arrondies, visibles sous la peau qu'elles soulèvent, et mobile avec les contractions du diaphragme.

Le foie paraît peu volumineux, 10 cent. sur la ligne mame-lonnaire. Le ventre en bateau est accolé à la région lombaire, et à peine sonore. Selles très-rares, jamais d'hématémèse ni de vomissements violents. Pas de douleur au creux épigastrique. Cathétérisme de l'œsophage ; on passe l'olive n° 4 sans grande difficulté, elle revient couverte d'un filet de sang. Aussitôt les aliments liquides passent facilement.

A partir de ce jour, matin et soir, on est obligé de sonder le malade qui ne pourrait avaler sans cela. On ne rencontre pas d'obstacle.

19 juin. Les liquides passent facilement, sans qu'il y ait eu besoin de cathétérisme. Ils ne sont plus rejetés ; mais les aliments solides ne peuvent entrer dans l'estomac et sont rejetés par régurgitation. On cesse le cathétérisme. Amaigrissement considérable. — Mort le 21 juin.

AUTOPSIE. Il existe au niveau de la partie inférieure de de l'œsophage une énorme ulcération cancéreuse qui commence au niveau même du cardia. Elle embrasse la circonférence du conduit et envoie le long de sa face antérieure un prolongement ulcéré qui remonte à 12 centimètres au-dessus du cardia. C'est surtout dans sa partie postérieure que le cardia est envahi par le néoplasme. Dans toute l'étendue de l'ulcération les tissus sous-jacents sont épaissis et durs surtout aux deux extrémités de l'ulcération. Un magma putrilagineux adhérent occupe le centre de l'ulcère, et lui donne un aspect noirâtre. Quelques bourgeons rosés pâles apparaissent au fond de l'ulcère et sur ses bords. Au centre elle atteint presque le tissu cellulaire ambiant et menace de perforer.

Estomac. Dans la région du cardia, sur la petite courbure, on aperçoit trois masses jaunâtres, arrondies, dures. Ce sont des ganglions de l'épiploon gastro-hépatique envahis par la dégénérescence cancéreuse. Ils commencent à adhérer aux fibres musculaires sous-jacentes qui ne paraissent pas atteintes. Le ganglion le plus avancé sur la petite courbure est très-ramolli et laisse sourdre à la coupe une matière jaune rougeâtre. Les autres ganglions sont plus durs, et d'un jaune pâle parsemé de points ecchymotiques. La muqueuse gastrique est indemne en dehors du cardia. Sur sa face antérieure elle offre un petit pointillé vasculaire très-rouge, riche réseau très-fin disposé par touffes autour de grosses veines sous-jacentes. Même pointillé au niveau du pylore.

Foie. Ne paraît pas gras. Quatre tumeurs apparaissent sur la face convexe, saillantes, de la grosseur de grosses noix, jaunâtres au centre. A leur partie la plus proéminente, on aperçoit des petits bourgeonnements irréguliers, pâles, durs, peu vasculaires et rendant ainsi irrégulière la surface péritonéale. Ces tumeurs sont sphériques, enchâssées dans le tissu hépatique et font saillie sur la coupe. On trouve dans l'épaisseur de l'organe un petit nombre d'autres tumeurs plus petites. A l'œil nu, leur texture paraît être la suivante: tractus de tissu conjonctif jeune circonscrivant des aréoles arrondies remplies d'un tissu jaunâtre friable.

Le cœur est presque exsangue. On trouve un petit caillot récent de la grosseur d'une petite noisette dans chacun des ventricules.

Poumons. Le poumon gauche présente à son sommet une cavité de la dimension d'une petite orange; elle est entourée d'une zone de tubercules en flots dont quelques-uns ont commencé à subir le ramollissement caséux. Cette tuberculose occupe spécialement le lobe supérieur. Au niveau du bord antérieur de la languette pulmonaire adhérente au péricarde, on trouve une masse petite de la grosseur d'une noisette, offrant une teinte rose-grisâtre, accolée au tissu cellulaire péri-péricardique et aux adhérences pleurales. Ce noyau paraît être un ganglion cancéreux. Il adhère intimement au parenchyme pulmonaire dans lequel il paraît pénétrer. Le gros ganglion, situé au-dessous de la bronche gauche, au niveau du hile du poumon, est également envahi par la dégénérescence cancéreuse. Les autres ganglions médiastinaux paraissent sains. — *Poumon droit.* Congestion œdémateuse à la base. Au sommet, quelques adhérences anciennes. La plèvre à ce niveau est fort épaissie. Quelques noyaux tuberculeux disséminés dans le lobe supérieur. Au niveau du bord postérieur on retrouve un noyau dur, rosé à la coupe, qui paraît être cancéreux.

L'encéphale ne présente rien à noter, si ce n'est un certain degré d'hydrocéphalie ventriculaire. Les vaisseaux sous-épendymaires des ventricules latéraux sont très-apparents. La cavité ventriculaire mesure pour chaque hémisphère, du sommet de la corne frontale à la partie la plus reculée de la corne occipitale, 45 centimètres. Anémie cérébrale. — (L'examen histologique des altérations pulmonaires, sera fait par M. PIERRET.)

REMARQUES. Nous croyons pouvoir insister sur l'intérêt que présentent les faits suivants: — 1° Coexistence de lésions cancéreuses et tuberculeuses chez le même sujet. — 2° La période avancée de la tuberculose peut-elle s'expliquer par la

marche rapide de l'affection pulmonaire qui ne se révélait par aucun symptôme fonctionnel ? — 3° La tuberculose pulmonaire est-elle consécutive à la cachexie profonde causée par le cancer du cardia ? — 4° Le spasme de l'œsophage qu'on pourrait appeler ici secondaire ou symptomatique a joué à deux reprises le rôle de véritable complication dans la marche de la maladie. — 5° La généralisation du cancer peut être suivie le long des ganglions lymphatiques d'un côté vers le foie, de l'autre vers le médiastin et les poumons.

13. Dilatation énorme de l'S iliaque ; par M. DUPLEIX, externe des hôpitaux.

Brind..., Louis, 38 ans, maçon, entre le 22 juin dans le service de M. VULPIAN (salle Saint-Jean-de-Dieu, n° 1).

Ce malade naquit avec une imperforation de l'anus. Il fut opéré avec succès, mais pendant sept ans il fut obligé de se servir d'une canule pour la défécation. Au bout de ce temps, il put aller à la selle d'une façon normale. A l'âge de 18 ans, il eut une pleurésie à gauche, dont il guérit parfaitement. En 1870, il eut une première attaque de rhumatisme, qui occupa toutes les articulations des membres, sauf celles des coudes et des épaules. En même temps il eut, dit-il, des palpitations de cœur et les jambes enflées. Il y a deux ans, il fut atteint pour la deuxième fois de la même affection, mais avec une intensité beaucoup moindre.

Depuis son enfance, il éprouve des troubles intestinaux caractérisés par une constipation opiniâtre (il reste habituellement quatre ou cinq jours sans aller à la selle), et un ballonnement du ventre qui apparaît de une à deux heures après le repas. Ce ballonnement disparaissait aussitôt après l'évacuation d'une quantité assez considérable de gaz. Pas de signes d'alcoolisme évidents.

Il fait remonter le début de sa maladie actuelle à 3 mois environ. Vers cette époque, il remarqua que le gonflement habituel de son ventre, au lieu de se dissiper comme les autres fois, persista. Le ballonnement d'abord léger augmenta peu à peu, et bientôt envahit tout l'abdomen. Toujours même constipation. Le malade ne va à la selle qu'une fois tous les 5 ou 6 jours. Depuis 2 mois seulement est apparu un œdème léger des jambes, qui disparaît dans le décubitus. L'état général n'a pas été atteint. Les forces et l'appétit sont restés les mêmes. Jamais il n'a éprouvé de douleurs autres que la gêne occasionnée par le développement du ventre. Pas d'ictère.

Etat actuel. Au premier coup d'œil, on est frappé du volume énorme que présente le ventre de ce malade : Il est uniformément distendu, mais fait encore plus saillie au niveau de l'é-

pigastre, où la masse intestinale paraît s'être réfugiée. En effet à ce niveau, existe une sonorité exagérée qui dénote une accumulation de gaz dans cette région. A mesure que la percussion s'éloigne de cette région, on perçoit tout autour de cette saillie une matité qui devient complète dans les deux flancs et dans toute la région sous-ombilicale. Les veines contenues dans l'épaisseur de la peau de l'abdomen sont considérablement dilatées et forment un réseau très-apparent. Le foie paraît avoir diminué de volume, mais il est difficile à délimiter à cause du développement exagéré de l'ascite ; il en est de même de la rate.

L'état général est conservé. La peau de la face est d'un jaune terreux. Sur tout le reste du corps, elle est pâle et sèche. Le malade dit avoir conservé toute sa force musculaire, et n'a pas maigri notablement. La respiration est courte et aux moindres efforts il est essoufflé. L'appétit est bon, les digestions se font bien, sauf les phénomènes précédemment cités. Les poumons sont sains, le cœur aussi. Les urines sont normales.

24 Juin. En allant à la selle, le malade est pris de dyspnée intense et subite. Rapporté à son lit, il meurt au bout d'une heure.

AUTOPSIE. A l'ouverture de la cavité abdominale, dont les parois étaient très-amincies, le couteau ayant éraillé une partie de l'intestin, il y eut subitement un dégagement considérable de gaz avec des matières fécales, noirâtres et très-molles. Ce dégagement fut précédé d'un bruit assez fort et projection au loin des matières fécales, en même temps que l'ouverture de la plaie était agrandie et portée à près de 30 centimètres.

Cette ouverture, faite ainsi à l'intestin, fut obliterée avec des fils, et après avoir sectionné avec soin le reste des parois abdominales dans toute l'étendue, on apercevait une masse énorme remplissant toute la cavité de l'abdomen, depuis la partie inférieure jusqu'au diaphragme, refoulant non-seulement ce muscle dans l'intérieur de la cavité thoracique, mais avec lui l'intestin grêle, l'estomac, le foie et la rate.

Il fut reconnu que cette masse énorme n'était autre chose que l'S iliaque et le rectum très-dilatés, et remplis de matières noirâtres très-molles. On lia l'intestin au-dessus de l'S iliaque, et après l'avoir séparé du reste du tube digestif, il fut enlevé de la cavité abdominale avec le rectum, qui fut disséqué jusqu'à l'anus.

On vit alors qu'il n'y avait pas de traces de liquide dans la cavité abdominale, le reste de l'intestin avec les annexes

étaient blottis dans le fond de cette cavité et paraissaient très-diminués de volume.

Après avoir vidé l'S iliaque et le rectum des matières qu'ils renfermaient, on en évalua la quantité à la valeur de plus de 20 litres; elles étaient très-molles, noires avec un reflet verdâtre et d'une odeur fétide. La dilatation commence au-dessus de l'S iliaque et se continue sur le rectum jusqu'à l'anus; c'est au niveau de l'ampoule rectale et un peu au-dessus qu'elle est plus grande.

L'anus se présente presque immédiatement après cette dilatation, sous la forme d'un anneau assez rétréci, dans lequel le doigt pénètre assez difficilement. L'ouverture anale semble conformée de la même façon que sur un anus normal.

L'épaisseur des parois au niveau de la dilatation est considérablement accrue, les trois tuniques sont épaissies, mais c'est la tunique musculaire qui à la simple vue paraît l'être le plus. Sur la face interne, on remarque des éraillures plus profondes, plus ou moins étendues, qui semblent dues à la distention des parois par les matières.

La mesuration a donné les résultats suivants :

Circonférence au niveau du rectum dans la plus grande dilatation, 70 centim.; la largeur est de 90 centim.

Le reste du gros intestin est aussi un peu dilaté, le cœcum surtout semble beaucoup plus volumineux qu'à l'état normal. Dans cette portion du tube digestif, contenant des matières analogues à celles de l'S iliaque et du rectum, on rencontre des corps étrangers de toute espèce, des phalanges entières, des boutons, des noyaux de fruits incrustés de matières calcaires, etc. Les parois à ce niveau semblent parfaitement normales.

L'intestin grêle est normal, son volume extraordinaire, mais ses parois sont amincies et se déchirent à la moindre traction. Il en est de même de l'estomac, qui est un peu dilaté, et dont les parois d'épaisseur ordinaire se déchirent facilement sous l'influence de tractions légères.

L'*œsophage* et le *pharynx* sont absolument sains. Les *reins* sont de volume normal et la coupe présente leur tissu absolument normal. La *rate*, petite, paraît très-anémiée. Le *foie*, de volume normal, de couleur ordinaire, se présente à la coupe comme un foie tout à fait sain et exempt d'altérations; la réaction iodique n'a donné aucun résultat. Le *pancréas* est normal.

La *cavité thoracique* présente sa capacité très-diminuée par le refoulement du diaphragme. Les deux poumons sont refoulés en haut et ne sont tous les deux pas plus gros que les deux poings. Le poumon droit était intimement adhérent à la plèvre

pariétale et à la plèvre diaphragmatique ; il présentait une coloration rouge assez nette, et sur des coupes cet aspect rougeâtre était très-marqué. Celui de gauche était normal. Le cœur était également sain.

14. Diabète. — Tuberculose militaire aiguë ; par M. MAURICE LÉTULLE, interne des hôpitaux.

Manguiot François, 36 ans, cordonnier entre le 12 mai 1877 à la Pitié, salle Saint-Michel, service de M. GOMBAULT. Cet homme n'avait jamais été malade, si ce n'est il y a seize ans, époque où il fut couvert pendant quelque temps d'une éruption de furoncles très-abondante. N'a jamais fait de grands excès de boissons et a toujours beaucoup travaillé.

C'est depuis un an qu'il est malade ; il s'aperçut, à cette époque, qu'il était obligé de boire beaucoup plus pour satisfaire sa soif. L'appétit augmenta de même mais resta proportionnellement moindre. Bientôt il s'amaigrit, et les forces diminuèrent. Enfin il y a trois semaines environ un affaiblissement rapide, une émaciation considérable, et une toux sèche et quinteuse le forcèrent d'abandonner son travail.

Le malade à son entrée, offre une teinte légèrement terreuse de la face, la peau est chaude, 38°,2, le pouls très-rapide, la céphalalgie très-vive depuis une huitaine de jours. La bouche est sèche, la langue rouge et pointue, la soif vive ; le malade affirme qu'il boit journellement huit à dix litres d'eau. Il urine beaucoup depuis un an. L'examen des viscères ne présente rien de notable, si ce n'est une rudesse assez grande des bruits respiratoires au sommet droit, en arrière. Il ne crache pas, n'a pas eu d'épistaxis, constipation habituelle. L'examen de l'urine donna le diagnostic. L'urine légèrement trouble, contient une quantité très-notable de sucre. La chaleur et l'acide nitrique produisent un très-léger nuage albumineux.

Dès le lendemain on dosait le sucre, et l'on recueillait la quantité totale d'urine des 24 heures. On trouvait au saccharimètre 388 gr. 10 pour 7 litres d'urine.

Le tableau suivant donne, jusqu'au jour de la mort, la température, le pouls et l'urine avec sa densité :

DATES.	URINE des 24 HEURES.	DENSITÉ	DOSAGE du SUCRE.	TEMPÉRATURE axillaire.	POULS.
12 mai.	.	.	.	m. , s. 38,2	132
13 —	7.000	1.026	.	m. 37,8 s. 37,6	112
14 —	7.000	1.026	.	m. 38,5 s. ,	100
15 —	6.800	1.025	388 gr. 11	m. 38,2 s. 38,6	106
16 —	8.000	1.022	.	m. 37,4 s. ,	100
17 —	7.500	1.021	.	m. 38,5 s. ,	100
18 —	7.500	1.020	.	m. 39,7 s. 38,2	108
19 —	6.000	1.020	353 gr. 53	m. 39,1 s. 36,6	92
20 —	6.500	1.015	.	m. 38,2 s. 38,7	100
21 —	5.700	1.017	.	m. , s. 39,6	108
22 —	6.000	1.017	155 gr. 74	m. , s. 38,2	108
23 —	5.900	1.015	.	m. 39,4 s. 38,4	128
24 —	5.000	1.012	.	m. 38° s. 39,5	107
25 —	5.000	1.012	.	m. 39,9 s. 39°	124
26 —	6.000	1.010	.	m. 39,2 s. 39,5	128
27 —	5.900	1.010	.	m. 39,5 s. 38,5	132
28 —	.	1.012	.	m. 40,7 s. 40°	140
29 —	.	1.020	.	m. 40° s. 40,5	144
				m. 39,5 s. 39,6	140
					128

Nous pûmes, en effet, constater que le malade buvait, en outre de sa ration de vin et de sa tisane, une quantité d'eau qui variait entre 6 et 10 litres chaque jour.

L'état général assez mauvais persistait. Le malade s'affaiblissait de jour en jour, la céphalalgie opiniâtre dont il s'était

plaint à son entrée ne cédaît à aucun traitement, lorsque le 22, il se plaignit d'un grand malaise : il éprouvait dans la région hypochondriaque une pesanteur, le foie était douloureux à la pression. La toux plus fréquente ne s'accompagne d'aucune expectoration. On trouve quelques râles sous-crépitants à la base droite, les bruits respiratoires paraissent rudes à la base gauche. L'appétit diminue considérablement.

25 mai. On remarque pour la première fois un peu de cyanose de la face. La langue, très-rouge et pointue, paraît comme desquamée. Au sommet droit en arrière, matité très-notable. Sous la clavicule du même côté, submatité, résonnance de la voix, quelques râles crépitants fins. Mêmes signes stéthoscopiques dans le creux axillaire. L'urine est tombée à 5 litres. Le sucre est notablement diminué (réactifs).

26 mai. La nuit a été agitée, délire. Diarrhée abondante, soufflée rude et profond dans l'aisselle droite. Dyspnée.

27 mai. La cyanose constatée les jours précédents s'accroît, la face est violacée. Dyspnée augmentée. Affaissement considérable. Ne mange pas. Il est impossible de recueillir la totalité de l'urine, incontinence des matières fécales et de l'urine.

28 mai. Cyanose générale de la surface tégumentaire. La langue est violacée, mais elle n'est pas sèche. Respiration soufflante dans la moitié supérieure du poumon droit. Toux fréquente, pas de crachats. — Soir. Face violacée, lèvres sèches, fuligineuses. Décubitus dorso-latéral droit. Délire. Carphologie.

29 mai. La nuit a été très-agitée. La cyanose est extrême. Dyspnée très-grande. Râles sous-crépitants fins, disséminés en avant de chaque côté. — Le malade meurt dans la nuit.

AUTOPSIE. *Poumon droit.* Quelques adhérences pleurales au niveau du bord postérieur du lobe supérieur. Sur les coupes, infiltration de granulations tuberculeuses d'autant plus confluentes qu'on se rapproche de la partie inférieure de ce lobe supérieur. Au sommet deux noyaux grisâtres, du volume d'un gros pois, entourés par une zone d'un tissu gris, lardacé, très-dur. Le reste du parenchyme est très-congestionné. Au lobe inférieur, congestion intense d'un rouge brun, sur laquelle tranchent, par leur blancheur, les granulations miliaires très-nombreuses et très-jeunes.

La plèvre interlobaire est parsemée d'un nombre très-grand d'ecchymoses sous-pleurales. Au niveau du hilum, on trouve un énorme ganglion mollassé et fluctuant, laissant sourdre sur la coupe une quantité considérable d'un liquide lactescent rempli de masses calcaires très-blanches. On isole la coque du ganglion très-mince et très-peu vasculaire. Audessous de la bronche on trouve un autre noyau calcaire,

mais noirâtre et fort petit. *Poumon gauche.* Très-congestionné, infiltré également de tubercules qui paraissent un peu plus vieux et déjà jaunâtres sur quelques points. La base du poumon ne crépite plus et va au fond du vase.

Cœur. 257 grammes. Le cœur est mou. La valvule mitrale paraît saine, toutefois on aperçoit, à la partie inférieure de l'angle mitro-sigmoïdien, quatre ou cinq petits points d'athérome endocardique.

Foie 1680 gr. Le foie offre une teinte générale jaune chamois très-remarquable. Quelques ecchymoses sous-péritonéales. Sur les coupes on aperçoit un semis de granulations tuberculeuses arrondies, infiltrées dans le parenchyme hépatique. Elles sont d'un gris-rosé très-tendre et sont toutes entourées d'une petite zone hyperémiée qui donne au foie ce ton orangé pâle. Le foie est gras. La vésicule biliaire est remplie d'une bile jaunâtre.

Reins 340 gr. Les reins sont, eux aussi, infiltrés de granulations tuberculeuses. Ils sont très-nombreux au-dessus de la capsule. Dans la substance corticale, chacune des granulations est entourée d'une zone d'hyperémie très-remarquable, c'est surtout dans cette substance corticale qu'ils sont le plus abondants. Le parenchyme est d'ailleurs très-congestionné.

Encéphale. Rien à noter, si ce n'est une congestion très-notable des plexus choroïdes du quatrième ventricule. Ce fait qui a frappé M. Pierret, qui a bien voulu examiner les pièces, a peut-être une grande importance au point de vue de la pathogénie du diabète dans ce cas.

Rate infiltrée de tubercules jeunes. *Intestins.* Les plaques de Peyer paraissent un peu congestionnées; la muqueuse de l'intestin grêle est au reste notablement rouge. Pas de tuberculose intestinale ni péritonéale. *Estomac* très-congestionné sur certains points, notamment au niveau de la petite courbure. Dans la région pylorique, quelques ecchymoses de la muqueuse.

RÉFLEXIONS.—Cette observation nous paraît mériter l'attention à plusieurs titres :

1^o Elle nous montre un diabétique maigre, mourant d'une granulie à forme dyspnéique.

2^o Malgré quelques oscillations bizarres, la température et le pouls se sont élevés progressivement jusqu'au jour de la mort. En même temps, la glycosurie et la polyurie diminuaient progressivement.

3^o Au point de vue anatomo-pathologique, nous croyons devoir insister sur la confluence remarquable des lésions tuberculeuses dans le foie et dans le rein, c'est-à-dire dans

les deux organes les plus profondément atteints peut-être par la glycosurie.

4° La tuberculose miliaire a-t-elle été dans ce cas l'expression ultime de la prédisposition morbide d'un individu cachectique de par le diabète? Les lésions anciennes de nature tuberculeuse, constatées au sommet du poumon droit et dans le ganglion du hile pulmonaire, permettent de le supposer.

Le Secrétaire,

R. MOUTARD-MARTIN.



OCTOBRE

Séances d'octobre.

PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

1. Tuberculose génitale ; par M. Ch. FÉRÉ, interne provisoire des hôpitaux.

R..., Joseph, 54 ans, militaire retraité, entré à l'hôpital du Midi, salle VI (service de M. MAURIAC) le 27 mars ; décédé le 29 septembre 1877.

Pas de renseignements positifs sur l'hérédité. Bonne santé habituelle, jamais de toux, pas de traces de scrofule, embonpoint. Deux blennorrhagies de 20 à 30 ans, sans orchite. Pas de syphilis.

Au commencement de janvier, il constata un léger suintement urétral surtout appréciable le matin, sans douleur ; il y prêta peu d'attention. Vers la fin du même mois, la miction fut douloureuse pendant quelques jours ; il eut alors des besoins fréquents et impérieux d'uriner, se terminant par l'émission de quelques gouttes de sang. Ces besoins cessèrent spontanément, mais la gonorrhée persista. Ce n'est qu'à la fin de février qu'il s'aperçut par hasard, en s'asseyant, que le testicule droit était douloureux et il vit en même temps qu'il était augmenté de volume. La tumeur devint très-rapidement le siège de douleurs spontanées avec irradiations dans la fosse iliaque, et accompagnées d'une sensation de pesanteur dans le fondement. Au bout de trois semaines, la tumeur avait doublé de volume. Le 15 mars, la douleur à la miction reparut, mais moins intense que la première fois, et quatre ou cinq fois seulement, il pissa quelques gouttes de sang qui venaient après l'urine. L'écoulement purulent persistait avec

quelques variations en plus ou en moins. Ce n'est que quelques jours avant son entrée qu'il s'aperçut que le testicule gauche était douloureux et presque aussi gros que le droit.

Quand le malade entra à l'hôpital, son scrotum était distendue par deux tumeurs, ayant à peu près le volume d'un gros œuf de dinde, la droite, un peu plus forte, sans rougeur à la peau. Ces tumeurs sont gênantes par leur poids, douloureuses à la pression et de temps en temps, spontanément; on distinguait encore les épидidymes déformés par des bosselures inégales; mais, au bout de très-peu de temps, ils devinrent indistincts et ne formèrent plus qu'une seule masse avec les testicules. La prostate fut trouvée volumineuse et bosselée; même état des vésicules séminales.

Dans les derniers jours de mai, il se fit une fluxion aigüe vers les deux testicules, le scrotum devint le siège d'un œdème inflammatoire, rougit; recrudescence des douleurs avec irradiations lombaires et fièvre. Au bout de 4 ou 5 jours, un petit abcès s'ouvrit sur l'épididyme gauche. A partir de cette époque, on a vu s'ouvrir 10 ou 12 petits abcès, situés de chaque côté du scrotum, en dehors et en arrière, le long des épидidymes, offrant tous à peu près les mêmes caractères: recrudescence des douleurs au début, tumeur du volume d'une noisette avec rougeur localisée du scrotum, ouverture spontanée, laissant échapper un pus séreux, terminaison par fistule.

Juillet. Les deux tumeurs n'augmentent pas de volume: les testicules sont toujours lisses; abcès fistuleux sur les épидidymes. Les cordons sont restés sains, sauf à la limite de l'épididyme où on sent une bosselure de chaque côté. On ne sent plus de bosselures sur la prostate, ni sur les vésicules qui présentent une dureté uniforme. Persistance de la gonorrhée. Malgré les douleurs et la suppuration, l'état général s'est maintenu assez bon. Le malade ne tousse pas, rien à l'auscultation des poumons; bon état de l'appareil digestif; appétit.

Dans le mois d'août, rien à noter que l'ouverture successive de petits abcès occupant le même siège et présentant la même marche que les précédents.

Vers le milieu de septembre, l'appétit commença à diminuer et le malade dépérit assez rapidement sans toux ni aucun trouble fonctionnel ou physique du côté du thorax.

Le 26, il fut pris d'une recrudescence de douleurs dans les testicules, mais beaucoup plus intenses que d'habitude, avec irradiations, non-seulement dans les fosses iliaques comme d'ordinaire, mais aussi vers les lombes et dans les cuisses, sans rien de particulier dans l'état local. Les douleurs augmentèrent encore le lendemain, et s'accompagnèrent de vo-

misements alimentaires et bilieux et de fièvre. En même temps, il survenait un peu d'oppression, mais la sonorité de la poitrine restait normale et l'auscultation ne laissait entendre que quelques râles sous-crépitaux disséminés.

Le 28 au matin, les douleurs avaient un peu diminué, mais l'oppression augmentait, les râles étaient plus nombreux; toujours rien à la percussion. Dans la soirée, l'oppression était excessive, les extrémités devenaient froides, la face était cyanosée, et le lendemain matin, il mourait en état d'asphyxie.

AUTOPSIE. — Encéphale et méninges indemnes.

Adhérences pleurales sur toute l'étendue des deux côtés.

Les deux poumons présentent une congestion générale et très-intense, et des granulations miliaires opalines disséminées dans toute l'étendue, mais surtout abondantes au sommet droit. Pas de trace de lésion ancienne.

Rien au cœur.

Foie et rate congestionnés.

Les reins, les bassinets et les uretères ouverts dans toute leur étendue, n'offrent pas de lésion appréciable à l'œil nu.

La vessie présente sur la portion du trigone située immédiatement en arrière du col, une trentaine de petites granulations miliaires grisâtres soulevant la muqueuse. Sur tout le reste de la surface, pas de trace apparente d'inflammation ancienne ou récente.

Dans la portion prostatique de l'urètre, on retrouve les mêmes granulations; sur la partie inférieure elles sont plus nombreuses. Le verumontanum est détruit par une ulcération irrégulièrement ovale, longue d'un centimètre environ et donnant accès dans une caverne à parois anfractueuses, pouvant loger une noisette, creusée dans la prostate. Cette caverne s'étend surtout dans le lobe droit de la glande; la portion non ulcérée de ce lobe contient un certain nombre de granulations jaunes, il en est de même du lobe gauche. La glande prise en masse est à peu près doublée de volume.

Le reste de l'urètre est sain; son calibre est normal sur toute l'étendue.

Les parois des deux vésicules séminales sont considérablement épaissies, comme lardacées et creusées d'une quantité de petites lacunes isolées, remplies de matière caséuse. La cavité des vésicules contient du pus caséux. Les deux canaux éjaculateurs vont s'aboucher dans la caverne prostatique.

Dans toute leur portion pelvienne, les canaux déférents présentent une augmentation de volume considérable et des bosselures fusiformes. Au niveau des bosselures, la cavité des conduits est dilatée et remplie de pus caséux; la tunique

muqueuse très-altérée présente des dépressions irrégulières et anfractueuses.

Les portions pariétale et scrotale du cordon spermatique sont saines des deux côtés; on trouve seulement une bosse-lure fusiforme peu volumineuse immédiatement au-dessus de la tumeur testiculaire de chaque côté.

Le testicule droit est plus volumineux que le gauche, il a à peu près la grosseur d'un œuf de dinde. La glande proprement dite et l'épididyme ne forment qu'une seule masse. Les deux feuillets de la vaginale sont intimement accolés, sauf sur deux points où ils sont séparés par une petite quantité de liquide citrin qui forme une tumeur arrondie du volume d'une noisette. A la coupe, l'épididyme est complètement caséeux avec quelques points ramollis. Le testicule lui-même présente une consistance lardacée comme sarcomateuse, toute la masse est d'un jaune pâle uniforme; dans la moitié postérieure, vers l'épididyme, il existe une grande quantité de granulations miliaires jaunes qui tranchent nettement sur le reste de la coupe. Il n'existe aucun point ramolli.

Le testicule gauche est moins gros; les adhérences de la vaginale sont complètes sur toute l'étendue; L'épididyme aussi indistinct avant la coupe est, comme à droite, caséeux et ramolli par places, sur les points qui correspondent aux ouvertures d'abcès. Le tissu du testicule est un peu moins dense, mais présente le même aspect; les granulations jaunes qui occupent la même région sont moins abondantes.

La seconde pièce du sternum présente une augmentation d'épaisseur considérable, elle a plus de trois centimètres; immédiatement au-dessous de l'articulation de cette pièce avec la première, on trouve sur la coupe une petite masse jaune du volume d'un gros pois, et au-dessous un foyer gros comme une noisette, rouge, friable laissant pénétrer le doigt.

Les corps des vertèbres lombaires et dorsales ont été sciés; on n'y trouvait point de lésions semblables.

2. Mort par ulcération de l'artère vertébrale dans un mal de Pott sous-occipital; par M. P. REONIER, interne des hôpitaux.

Louis Lec, 54 ans, porteur aux halles, était entré le 31 juillet à la Charité (Salle Ste-Vierge lit n° 56), dans le service de M. GOSSELIN, pour un mal de Pott sous occipital. Il n'avait ni gibbosité, ni déformation de cou; de vives douleurs et un amaigrissement notable étaient les symptômes principaux. Le 16 août M. Delens, alors chargé du service, eut à lui ouvrir un abcès rétropharyngien proéminent dans l'isthme du gosier, et occasionnant une gêne considérable de la respi-

ration et de la déglutition. Une notable quantité de pus s'était écoulée ; et à la suite avait persisté une fistule à la partie supérieure du pharynx ; par cette fistule s'écoulait le pus. De temps en temps elle avait de la tendance à se fermer ; alors l'abcès se refermant, de plus vives douleurs et de la dyspnée se produisaient ; puis, la fistule se rouvrant, tout rentrait dans un ordre relatif. Le malade était dans cet état, quand, le 15 novembre, à 5 heures du matin, il rendit par la bouche sans toux, sans effort plus de 800 grammes de sang pur, rouge, se coagulant comme du sang de saignée, le sang s'arrêta seul. A la visite du matin, M. Delens, se fondant sur la couleur du sang, sa pureté, l'absence de toux, pensa à une hémorrhagie provenant de l'ulcération de quelque vaisseau. En effet, deux heures après la visite, une nouvelle hémorrhagie dans les mêmes conditions se produisit, et enleva le malade.

AUTOPSIE. — On constata que le pharynx, l'estomac étaient pleins de sang, la trachée artère, les bronches en contenaient, surtout la bronche droite. Comme les poumons étaient farcis de tubercules, et qu'au sommet on voyait des cavernes, ce qui aurait pu faire penser qu'on avait affaire à une hémorrhagie pulmonaire nous avons constaté avec soin que le sang remplissait seulement les grosses bronches, et pas les ramifications bronchiques ; qu'on en trouvait surtout dans les bronches du globe inférieur, et que dans aucune caverne on ne constatait trace d'hémorrhagie. Nous avons donc affaire à du sang inspiré pendant l'agonie, et brassé avec l'air ainsi que l'indiquait son état spumeux. Nous portâmes alors nos recherches du côté du cou. Les artères carotides étaient saines ; pas de caillots dans le tissu cellulaire.

Mais en arrière du pharynx existait une poche purulente contenant quelques petits caillots sanguins. Cette poche était fermée en avant par du tissu cellulaire et la paroi postérieure du pharynx, et en arrière par le ligament vertébral commun postérieur ; la moitié du corps de la 3^e vertèbre cervicale, et celui de la 4^e avaient disparu ; en même temps l'apophyse transverse de la 4^e vertèbre cervicale était détruite. Des fragments des corps vertébraux nécrosés se trouvaient dans cette poche, interposés comme des coins entre les corps des vertèbres restées intactes au-dessus et au-dessous d'eux, et ils soutenaient ces vertèbres. Ainsi, en tenant compte du peu de mouvement de la région vu les douleurs, on pouvait s'expliquer qu'il ne se fût produit ni déformation ni gibbosité. Ayant enlevé ces esquilles avec précaution pour ne pas abîmer les parois de la poche, et ayant mis à découvert le tronc de l'artère vertébrale droite entre l'atlas et l'axis, nous y avons fixé une canule, et nous avons poussé une injection de

liquide coloré en jaune. Nous vîmes alors, au niveau correspondant à l'apophyse transversale détruite, un caillot se détacher, et un jet de liquide sourdre dans la poche. À l'endroit où l'eau jaillissait, on pouvait voir distinctement sur le tronc de l'artère vertébrale, que les caillots entraînés par l'eau ne masquaient plus, une petite ulcération visible à l'œil nu, et par laquelle on pouvait introduire dans la cavité vasculaire un bout de papier roulé.

Nous avions donc affaire à une ulcération de l'artère vertébrale droite; et le sang avait trouvé pendant la vie, par la fistule pharyngienne, un facile écoulement au dehors. Ce fait me semble intéressant à signaler car bien que cet accident soit noté comme possible dans les articles des différents dictionnaires, je n'en ai pu trouver qu'un cas bien net rapporté par M. Legouest, et dont la pièce se trouve au musée du Val-de-Grâce; jusqu'à présent aucun fait pareil n'avait été consigné dans les bulletins de la *Société anatomique*.

3. Rapport sur la candidature de M. Leroux : sur une variété anatomique nouvelle de phlegmatia alba dolens, survenant dans le cours d'une fièvre typhoïde, par M. V. HANOT, chef de clinique.

Parmi les nombreuses présentations faites à la Société, par M. Leroux, permettez-moi de rappeler rapidement celle qui a trait à une phlegmatia alba dolens, survenue dans le cours d'une fièvre typhoïde, et dont l'origine était une phlébite des veines ischiatiques et fessières, développée au niveau d'une vaste eschare de la région sacrée.

Il s'agissait d'une jeune fille entrée dans le service de M. Dumontpallier pour une fièvre continue à forme adynamique. Vers la fin du 3^e septenaire, on vit se développer rapidement une eschare sacrée, et, onze jours après, apparaître un œdème qui, débutant par le membre inférieur gauche, envahit en 48 heures, le côté opposé. La malade succombe à l'adynamie, et à l'autopsie, on trouve au niveau de l'eschare une phlébite portant à droite et à gauche sur les veines fessières et ischiatiques, et, partant de ce point, une thrombose ascendante, qui gagne successivement l'hypogastrique, la veine iliaque primitive et enfin les veines du membre inférieur. Les caillots étaient d'autant plus récents que l'on s'éloignait davantage de l'eschare.

La phlegmatia alba dolens, survenant dans le cours ou au déclin de la fièvre typhoïde, a été signalée depuis longtemps déjà par Louis, dans son *Traité de la fièvre typhoïde*, par Chomel, dans sa clinique, par Forget, en 1841. Trousseau, vers

18.6, en cite un cas survenu au 3^e septenaire ; Gigon en rapporte plusieurs exemples, ainsi que Virchow, dans son mémoire sur la thrombose. Leudet (Arch. gén. de méd., 1858.), dans ses recherches anatomiques et cliniques sur les hydropisies compliquant la fièvre typhoïde, s'occupe surtout de l'œdème en général, consécutif soit à l'albuminurie, soit à l'adynamie, sans s'inquiéter beaucoup de l'état des vaisseaux : enfin les auteurs classiques, Trousseau, Grisolles, Jaccoud, etc., et ceux qui récemment ont traité cette question, citent la phlegmatia alba dolens parmi les complications de la fièvre typhoïde. Laissant de côté les anciennes théories telle que celle de la métastase de Mauriceau chez les nouvelles accouchées, celle qui faisait dépendre l'œdème d'une affection des voies lymphatiques comme le croyait Charles White, ou d'une sorte d'hydrophlegmasie du tissu cellulaire, comme Hull, Rayer, ils considèrent l'œdème comme consécutif à une oblitération veineuse par des caillots plus ou moins prolongés.

Dans cette théorie, de l'oblitération veineuse, inaugurée par Davis, et bien démontrée anatomiquement par Bouillaud, Velpeau, Cruveilhier et Trousseau chez la femme récemment accouchée, on attribue la coagulation du sang à deux causes principales. Tantôt, c'est une phlébite ascendante qui, née de la plaie utérine, amène l'oblitération secondaire des veines du membre inférieur ; tantôt la coagulation résulte de l'union de deux conditions favorables à son développement ; l'altération du sang (inopexie) et le ralentissement de son cours, conséquences de la débilitation.

Pour la phlegmatia alba dolens qui complique la fièvre typhoïde, la seule explication donnée jusqu'ici est l'altération inopexique du sang, que provoque la débilitation du sujet ; mais on n'a point encore cherché, pour le cas particulier, d'autres causes à la coagulation veineuse que celle qui préside à son développement chez un tuberculeux, chez un cancéreux par exemple.

Or, le fait que nous venons de rappeler à la Société, paraît devoir étendre le cadre des lésions anatomiques qui peuvent être le point de départ de cette complication, puisque la cause en a été une phlébite des veines fessières et ischiatiques, développées au niveau de la plaie sacrée ; de la même manière que, chez la femme récemment accouchée, elle se produit au niveau de la plaie utérine.

Il semble donc que, désormais, il y ait également lieu de donner à la phlegmatia alba dolens qui complique la fièvre typhoïde deux origines distinctes : la première, reconnaissant pour cause une coagulation spontanée favorisée là comme ailleurs par la débilitation, l'inopexie ; la seconde, ayant pour ori-

gine une phlébite développée au niveau d'une eschare, comme l'ont démontré les pièces que M. Leroux a eu l'honneur de présenter, il y a quelques mois, à la Société anatomique.

4. Occlusion intestinale complète ayant duré six semaines; et causée par un rétrécissement infranchissable, annulaire, (carcinome colloïde) occupant la fin de l'intestin grêle;
par M. CHARLES LEROUX, interne des hôpitaux.

B... Ernest, imprimeur, 37 ans, entre le 10 mai 1877 dans le service de M. DUMONT-PALLIER. Cet homme d'une bonne santé habituelle, ne présente dans ses antécédents personnels, qu'une fièvre muqueuse à l'âge de 15 ans. Du côté de ses parents, quelques faits sont à signaler: sa mère est morte à 37 ans, poitrinaire; un de ses enfants a succombé à des convulsions. C'est en octobre 1876, que pour la première fois, il est malade. A cette époque et pendant dix à quinze jours, il ressentit des coliques abdominales assez fortes avec des alternatives de constipation et de diarrhée, puis une constipation de quelques jours terminée par une débâcle; il se remit bientôt et tout retourna dans l'ordre. Il y a six semaines, il est repris de coliques non continues, intermittentes et encore avec alternative de constipation et de diarrhée. Son appétit disparaît; il commence à maigrir. Il ne tousse pas et n'a jamais craché de sang. Quinze jours après, les selles deviennent de moins en moins fréquentes, la constipation augmente avec l'intensité des coliques; il se purge, le mal n'en persiste pas moins. *Depuis quinze jours, les selles sont totalement supprimées*; mais ce n'est que depuis sept jours que le ventre se ballonne et qu'aucun gaz ne sort par l'anus; enfin depuis trois jours il a de temps en temps des éructations et des nausées, mais pas de vomissements.

Etat actuel. Cet homme est grand et maigre, la peau est fraîche, surtout aux extrémités, nulle part œdématisée; le pouls est petit, régulier; il n'y a ni fièvre, ni toux, ni expectoration. Le malade accuse de violentes coliques survenant par accès. Les contractions intestinales déterminent des gargouillements et peuvent se percevoir facilement au travers de la paroi abdominale. Il éprouve une sensation de refroidissement.

L'abdomen est fortement distendu, la sonorité est exagérée dans toute son étendue, sauf cependant sur les parties les plus déclives où on constate un peu de matité due à la présence probable d'un peu de liquide en ces points. Ni la palpation, ni la percussion ne sont douloureuses. La distension des parois est telle qu'on ne peut pas pratiquer l'examen des organes

que contient l'abdomen. Pas de circulation abdominale collatérale.

Le thorax, à la percussion, présente en avant une sonorité normale; ni râles, ni frottements à l'auscultation. En arrière, rien d'anormal dans les deux tiers supérieurs, à droite et à gauche. Dans le tiers inférieur submatité à gauche et à droite, pas de murmure vésiculaire; signes dus au refoulement du diaphragme et des viscères abdominaux par les anses intestinales distendues.

Le cœur est sain; pas de douleurs de rein, urine avec difficulté et peu à la fois; la langue est rosée, humide; le malade ne mange pas et boit à peine.

En raison de cet ensemble symptomatique, M. Dumontpallier pense à une obstruction intestinale. Quant à en déterminer et la nature et le siège précis, l'hésitation reste grande. — On administre plusieurs purgatifs, (huile de ricin, huile de croton) qui n'amènent aucune selle.

(Jamais dans ses selles, le malade n'a vu ni sang, ni matières glaireuses, jamais il n'eut de ténésme rectal.)

Divers moyens employés pour obtenir une selle restent infructueux; son état est identique les jours suivants.

16 mai. La sonorité est encore plus étendue, la tension abdominale plus considérable; la pointe du cœur est refoulée en haut et en dedans; la gêne de la respiration n'est pas plus grande. Il a rendu par le rectum une masse blanchâtre que l'examen démontre être composée de mucus et de débris épithéliaux. — Le soir, quelques nausées et un vomissement de matières glaireuses.

17 mai. Depuis minuit, quatre vomissements de matières brunâtres semi-liquides, répandant une odeur fécaloïde très-nette; le ventre est toujours fortement ballonné, la matité déclive semble avoir un peu augmenté. Pouls petit, régulier, pas de fièvre; température entre 36° 5 et 37°. L'amaigrissement fait des progrès, ses yeux s'excavent, les pommettes deviennent plus saillantes, le facies abdominal s'accroît. — Soir. On fait une ponction capillaire pour essayer d'agir contre ce ballonnement excessif. La ponction donne issue à quelques gaz et à une goutte de matière fécaloïde, jaunâtre, semi-liquide. Pas d'amélioration.

On pratique le toucher rectal; on rencontre une prostate volumineuse résistante; le lobe gauche est tellement développé qu'il fait saillie vers la paroi antérieure du rectum. On ramène avec le doigt quelques débris rougeâtres, teintés de sang, que le microscope démontre être des masses épithéliales en voie de destruction. On essaie le cathétérisme rectal; on ne pénètre pas au-delà de la prostate.

18 mai. Nouveau cathétérisme avec une sonde œsophagienne. On pénètre assez loin, à 42 centimètres, sans issue de gaz ni de matières fécales. — On donne un lavement avec cette sonde, mais sans résultat. On retire la sonde et avec elle quelques détritits analogues aux précédents.

19 et 20 mai. Un seul vomissement fécaloïde.

21 mai. Plusieurs vomissements fécaloïdes, de matières semi-liquides, jaunâtres ; le malade rend à peu près chaque fois un litre à un litre et demi de ces matières. On voit se dessiner à travers la paroi abdominale les anses intestinales, dont les contractions vermiculaires déterminent des gargouillements. bientôt suivis de nausées et de vomissements. Apyrexie complète, amaigrissement et facies abdominal plus marqués.

22 et 23 mai. Les vomissements persistent. Léger état fébrile, coloration rosée des pommettes. Le lendemain, son état s'aggrave, le poulx est petit, rapide (128), la température s'abaisse, 35° à le matin, 35° le soir. — Vomissements fécaloïdes diarrhéiformes.

26 mai. Depuis deux jours, les vomissements ont cessé, il peut absorber un peu de boissons (bouillon, etc.).

Les jours suivants, il semble y avoir un peu d'amélioration ; les vomissements n'ont pas reparu, mais les coliques et le ballonnement persistent.

1^{er} juin. Il y a aujourd'hui 35 jours, que l'obstruction est complète, et qu'il n'y a pas eu de selles. Les vomissements paraissent avoir cessé ; cependant, le 5, ayant voulu prendre un peu de nourriture, il vomit ce qu'il a ingéré.

10 juin. Depuis trois jours, l'amaigrissement fait de notables progrès ; le malade est très-faible, la peau est fraîche, surtout aux extrémités ; son état s'aggrave de plus en plus ; le ballonnement est toujours excessif, bien qu'il prétende avoir rendu quelques gaz par l'anus. (?)

13 juin. Il sort de l'hôpital, et meurt chez lui deux jours après. La rétention absolue des matières a donc duré 50 jours.

AUTOPSIE. Le ventre est extrêmement distendu, sonore dans toute son étendue ; à l'ouverture, un jet de liquide clair et transparent jaillit au dehors. Il s'écoule environ deux verres de sérosité. En raison de la pression, due à l'énorme distension des anses intestinales, on comprend que le liquide soit sorti en jet malgré son peu d'abondance.

L'abdomen étant ouvert, on voit les anses de l'intestin grêle extrêmement distendues au point que leur conférence a triplé d'étendue. La distension est telle, qu'en écartant les anses intestinales, il se fait spontanément une rupture qui s'accompagne d'un jet de matières fécaloïdes analogues à celles des

vomissements. Le foie, l'estomac, sont fortement refoulés en haut dans la concavité du diaphragme.

Le péritoine est injecté, présente çà et là des taches ecchymotiques violacées, qui sont d'autant plus abondantes, qu'on se rapproche davantage de la fosse iliaque droite. Les anses de l'intestin grêle sont mobiles les uns sur les autres; pas de fausses membranes; quelques dépôts fibrineux, mous, sans adhérences, sont disséminés sur le péritoine pariétal et viscéral, plus abondants sur le cœcum.

Les parois de l'intestin grêle sont ramollies, peu résistantes, la muqueuse est à peu près saine. En déroulant l'intestin, on arrive à l'obstacle qui est situé tout à fait à son extrémité terminale:

A 10 centimètres en avant de la valvule iléo-cœcale, l'intestin grêle forme avec le cœcum et le mésentère une masse dure, agglomérée; au premier abord, il est difficile d'en reconnaître la constitution.

En suivant l'intestin grêle, on voit que dans ses 40 derniers centimètres, il est extrêmement rétréci, dur, adhérent aux parties voisines et décrit, avant de se jeter dans le cœcum, un tour de spire, dont la concavité répond à une masse résistante formée par le mésentère très-épaissi et contenant, outre ses feuilllets inséparables, des ganglions volumineux dégénérés, l'un d'apparence caséuse, l'autre ramolli à son centre, rempli par une masse gélatineuse, transparente, colloïde,

Si l'on cherche à faire passer du liquide dans cette partie de l'intestin, on voit que l'obstruction est complète; on peut toutefois, en forçant un peu, faire pénétrer une bougie en gomme sur laquelle on coupe l'intestin rétréci et on arrive ainsi en suivant la spire jusqu'au niveau de la valvule iléo-cœcale. Dans ce trajet, l'intestin grêle offre des parois extrêmement épaisses, de quatre à cinq millimètres, dures à la coupe, blanchâtres, lardacées, ne fournissant pas de suc laiteux à la pression. La muqueuse, revenue sur elle-même est plissée, contiguë à elle-même; elle paraît relativement saine; çà et là cependant, on voit de petites végétations polypiformes, elle est pâle, non ulcérée. Au-dessus du point rétréci, l'intestin grêle offre un volume triple; la muqueuse est fortement injectée et présente des plaques ecchymotiques. Toute cette portion sus-jacente au rétrécissement est remplie de matières fécaloïdes semi-liquides, de couleur jaunâtre et d'une odeur infecte.

La valvule iléo-cœcale du côté de l'intestin grêle n'existe pour ainsi dire plus, elle se confond avec ses parois épaissies.

Du côté du cœcum, elle est déformée par le tissu dégénéré de l'intestin grêle qui semble la refouler du côté de la cavité

cœcale. La muqueuse de ce côté paraît saine. Le cœcum, très-petit, revenu sur lui-même, est sans altération apparente, il adhère par sa face extérieure à l'intestin grêle et au mésentère. Tout le gros intestin est revenu sur lui-même et offre à peine le calibre de l'intestin grêle normal. Il contient une matière d'un blanc-grisâtre, composée de mucus et d'épithélium.

Examen histologique. — Sur une coupe faite au niveau du rétrécissement, on voit la muqueuse complètement infiltrée d'éléments embryonnaires, ses glandes plus ou moins détruites, mais sans grande altération ni ulcération de sa surface libre. Le tissu sous-muqueux dont l'épaisseur a considérablement augmenté d'étendue par l'écartement de la muqueuse et de la couche musculuse, est complètement envahi par un stroma fibreux à larges mailles au milieu desquelles sont accumulées les cellules cancéreuses, les unes contenant un seul noyau, les autres deux. Dans certains points, les noyaux sont seuls distincts et le protoplasma de la cellule en dégénérescence muqueuse est devenu complètement transparent. La couche musculaire contient des cellules rondes; çà et là les faisceaux sont écartés par des traînées de cellules cancéreuses.

Dans la couche sous-péritonéale, qui est très-épaisse (2 à 3 mill. à l'œil nu), on retrouve le carcinome colloïde bien développé: un stroma, formé de très-minces faisceaux fibreux; ses mailles sont complètement remplies de substance colloïde très-transparente au milieu de laquelle on retrouve quelques débris de cellules cancéreuses et quelques rares noyaux. Il s'agit d'un carcinome colloïde annulaire de l'intestin grêle, primitivement développé dans le tissu sous-muqueux. Les ganglions voisins sont complètement envahis par le carcinome colloïde.

5. Abscès développé dans le sinus frontal du côté droit. — Collection purulente dans le lobe frontal du même côté. — Trépanation. — Mort; par le Dr BOUSQUET, aide-major.

Ch. Trem..., soldat de l'infanterie, entre à l'hôpital du Gros-Caillou, le 46 septembre 1877 (service de M. CHAMPE-NOIS, médecin en chef).

En examinant ce malade, on constate dans la région frontale du côté droit, un empâtement considérable avec œdème de la paupière supérieure; par la palpation, on reconnaît une fluctuation manifeste, mais profonde. Le point le plus fluctuant semble siéger au niveau de l'arcade sourcilière à un travers de doigt de la ligne médiane entre le nerf sus-orbi-

taire et l'artère frontale. C'est là qu'est enfoncé un bistouri qui donne issue d'abord à du sang puis à un pus extrêmement fétide. Une sonde cannelée introduite par l'ouverture permet de sentir l'os à nu et rugueux. Un drain debout est planté dans le trajet.

On voit donc que nous avons à faire à un abcès sous-périostique, avec nécrose du frontal. Mais d'où vient cet abcès, quelle en est la cause ? voilà ce qu'il faut rechercher ?

L'examen complet du malade et un interrogatoire attentif nous apprend ce qui suit.

Trem... est un jeune homme de vingt-quatre ans, dont le facies est celui d'un scrofuleux. C'est un enfant trouvé élevé dans les hôpitaux de Paris. Malgré son aspect chétif, il est au service depuis quatre ans et n'a jamais été malade. Les renseignements qu'on obtient par l'interrogation sont très-vagues. Trem... n'a jamais été bien intelligent, et actuellement, il est dans une sorte de torpeur intellectuelle et répond difficilement et tardivement aux questions qu'on lui pose. A-t-il eu la syphilis, je l'ignore; il y a bien à parier qu'il ne s'agit pas là d'accidents syphilitiques, car, serait-il diathésique, ce seraient des accidents bien hâtifs. Relativement à la cause occasionnelle, voici ce qu'il raconte : étant de service le jour de l'enterrement de M. Thiers, il a été fortement mouillé et a eu froid. Deux jours après, il était pris de violents maux de tête et entraînait à l'infirmerie. Nous ne savons donc ni quelle est la cause de cet abcès, ni par où il a débuté. Maintenant une autre question se pose ; la clinique nous apprend que, dans bien des cas, lorsqu'il y a un abcès, avec nécrose d'un point osseux de la voûte crânienne, une autre collection purulente existe, soit, entre la table interne et la dure-mère, soit entre cette dernière et l'arachnoïde, soit enfin dans l'épaisseur des circonvolutions : Est-ce le cas ici ? Un seul symptôme peut nous y faire songer, c'est la torpeur intellectuelle de notre malade, toutes ses fonctions sont intactes, la sensibilité et les mouvements conservés, aussi, est-il impossible de conclure et de prendre un parti, c'est à l'avenir à nous éclairer.

Pendant quinze jours, le malade va à peu près bien, il s'écoule toujours beaucoup de pus par le drain; toutes les fonctions sont intactes ; il va et vient dans l'hôpital, néanmoins il est toujours dans cette sorte de torpeur intellectuelle que nous avons signalée.

30 septembre. Au moment de la contre-visite, le malade venait d'être pris de syncope, lorsque j'arrivai près de son lit, il venait de reprendre connaissance, et avait un peu d'écume aux lèvres. Personne ne sait s'il a eu des contractures ou des convulsions, l'accident lui est arrivé en dehors de la salle ; on

ne peut avoir de renseignements. Depuis deux jours, l'œdème de la paupière est plus accusé. L'intelligence plus lente, les différentes fonctions sont intactes. Dans la soirée, deux nouvelles attaques se produisent. Cette fois, on constate l'existence de contractures : Chose curieuse, ces accès coïncident avec l'ingestion d'aliments ou de boissons. — Emissions d'urine involontaires.

Le lendemain, premier octobre, M. Champenois, fait une contre-ouverture à la paupière supérieure, il s'échappe une nouvelle quantité de pus, la question de trépan est discutée. Un des médecins traitant ne croit pas devoir intervenir aussi activement, les accidents de compression n'étant pas très-manifestés. Déjà la sensibilité est fort émoussée, les réflexes plus lents.

Dans la journée, les mêmes accidents se reproduisent et dans les mêmes circonstances.

Le 2 à la visite, l'opération du trépan est décidée et faite. Une incision cruciale est pratiquée dans le lieu où l'a été la ponction lors de l'entrée de Tr... à l'hôpital. Une tréphine est appliquée, les os sont tellement friables qu'ils s'effondrent sous l'action de l'instrument ; les esquilles sont extraites, et l'on sent et l'on voit la dure-mère à nu au fond de la perforation. Il ne s'écoule pas de pus par cet orifice. La dure-mère est injectée et granuleuse ; par la pression on perçoit une sorte de fluctuation, mais la substance cérébrale donne toujours une sensation de rénitence. M. Champenois se borne à laisser la plaie béante, se réservant d'intervenir si les accidents le commandent. Il n'y a, du reste, aucune indication précise, les accidents qui se produisent semblent dénoter une lésion bulbaire plutôt qu'une compression ; et puis, où est le pus, va-t-on le trouver sous la dure-mère, est-il dans l'épaisseur du lobe frontal ou à la base comme semble le faire supposer un exophthalmos assez considérable qui s'est produit depuis plusieurs jours : telles sont les différentes questions que l'on se pose et qui, on le comprend, sont de nature à arrêter l'opérateur le plus audacieux.

Dans la matinée, deux nouvelles attaques se produisent. Je vois le malade à dix heures ; son intelligence quoique très-lente est encore intacte, il répond aux questions que je lui pose, et se plaint de souffrir beaucoup.

À deux heures, notre collègue de garde, appelé en toute hâte, trouve le malade cyanosé, et malgré ses soins, Trem... expire bientôt.

AUTOPSIE. Les cavités thoraciques et abdominales, examinées avec le plus grand soin, sont saines.

La cavité crânienne est ouverte avec précaution et voici ce que l'on constate.

Le sinus frontal du côté droit est rempli de matière caséuse et communicative, par deux perforations, d'une part avec la cavité orbitaire, de l'autre avec l'étage antérieur du crâne. Au niveau du point où porte la couronne du trépan la dure-mère est villeuse, comme ayant été située dans le pus; sur une portion de son étendue, on voit une teinte spéciale, qui délimite les parties qui ont été en contact avec le pus, cet espace s'étend jusqu'au milieu de l'écaïlle du frontal.

Cette membrane est incisée, les sinus sont gorgés d'un sang noir et visqueux. Les circonvolutions frontales antérieures présentent une teinte grisâtre sale; on y sent manifestement l'existence d'une collection liquide. Un coup de bistouri donne issue à du pus féide, et conduit dans une cavité, du volume d'un œuf de poule, qui occupe toute l'étendue du lobe frontal. Cette cavité est pleine de pus, et limitée par une sorte de membrane pyogénique. Le reste de l'hémisphère est sain, seul le noyau caudé présente une teinte verdâtre à sa partie antérieure: il la doit évidemment à son voisinage de la collection.

L'hémisphère et le sinus frontal gauche sont intacts. Le cer-velet et le bulbe sont fortement congestionnés.

RÉFLEXIONS. L'observation précédente nous semble intéressante à plusieurs points de vue: la collection purulente que nous avons trouvée à l'autopsie, limitée par une sorte de membrane organisée, remontait certainement à plusieurs jours; les accidents qui ont amené la mort ne se sont manifestés que fort tard et nous pensons que le malade aurait eu beaucoup de chances de guérison, si cette collection eût pu être diagnostiquée et ouverte. Ce fait nous montre encore, que toute la portion antérieure d'un hémisphère cérébral peut être très-gravement atteinte, sans qu'aucun trouble bien sensible, se manifeste.

Quant aux accidents épileptiformes qui se sont manifestés sur la fin, et qui coïncidaient avec chaque ingestion d'aliments, nous ne voyons pas bien le rapport qui pourrait exister; il n'y avait rien de particulier dans l'estomac et les pneumo-gastriques, que nous avons disséqués attentivement, sur une grande partie de leur trajet, paraissaient entièrement normaux.

6. Typhlite consécutive à une hernie ombilicale, ayant simulé un étranglement herniaire; par M. H. LEGENDRE, interne des hôpitaux.

P. . ., Marié, 80 ans, Malchissettusé, est entré le 20 octo-

bre 1877, à la salle Saint-Michel, n° 6, de l'infirmerie de la Salpêtrière (service de M. PÉRIER).

Cette femme, d'une bonne santé habituelle, forte, donne les renseignements suivants : Elle porte une grosse hernie ombilicale depuis son dernier accouchement (il y a 37 ans), occasionnant peu de gêne, peu de douleurs, mais ne rentrant point à l'état normal. Elle est venue deux fois cette année à l'infirmerie pour des phénomènes d'étranglement, mais les accidents furent de peu de durée et combattus efficacement par les purgatifs. — Aujourd'hui, elle accuse une constipation opiniâtre depuis quatre jours (16 octobre). Les lavements furent rendus en nature, les purgatifs vomis presque aussitôt, elle ne se plaignait que d'une violente *douleur de côté* (dans le flanc droit), pour laquelle on lui mit un sinapisme.

20 octobre. Nouveau purgatif, même résultat, trois vomissements dans la journée. Le soir, douleurs très-vives au niveau du collet de la hernie. Coliques. Augmentation de la tumeur. Vomissements plus fréquents. C'est alors qu'elle passe à l'infirmerie.

Examen physique. Hernie volumineuse, comme une tête de fœtus, située au-dessus de l'anneau ombilical et faisant saillie dans le flanc droit où elle vient en quelque sorte dominer la fosse iliaque. Ventre souple, sonore, au pourtour de la hernie. Sonorité incomplète au niveau de la tumeur, matité très-limitée à droite. À la pression, résistance élastique, et gargouillement très-accusé dans la tumeur.

Etat général bon, pas de fièvre, facies calme, mais toujours vomissements séreux, spontanés et constipation opiniâtre. Elle prétend avoir rendu quelques gaz par l'anus ?

Taxis simple, sans chloroforme, pratiqué à minuit, durant dix minutes; la douleur disparaît incomplètement, mais les gaz refluent dans l'abdomen avec un bruit de roulement caractéristique. Douleurs vives pendant cette manœuvre, mais la malade reconnaît que la tumeur est revenue à son volume ancien. — Constriction avec l'ouate et le bandage de corps. — Persistance des vomissements, émission de gaz par l'anus. (Calomel, 0,60 c., en 3 doses).

24 octobre. Un seul vomissement, bien après le purgatif. — Pas de selles. — Ventre dans le même état. — Pas de ballonnement. — Pouls régulier. P. 100; T. 35°,4.

À 9 heures, après bien des efforts, émission de gaz et d'une selle contenant un liquide jaunâtre et quelques rares grumeaux de matières fécales. Nouveau purgatif : julep ; scammonée.

Midi. Pas de garde-robies. — Nouveaux vomissements. — Le facies est altéré, les pommettes rouges ; pouls toujours

régulier. — Ventre douloureux à la pression surtout à droite, un peu ballonné.

4 heures. M. Berger que l'on a été chercher (dans l'idée d'une intervention chirurgicale possible) trouve la malade très-abattue : vomissements constants, pas de hoquet. — Ventre météorisé. — Sonorité partout, excepté dans les flancs où il y a de la matité, tumeur élastique, remplie de gaz, on la réduit facilement en partie. — Palpation du reste assez douloureuse. — Quelques taches ecchymotiques sur la hernie, produites par le taxis. Langue rouge, sèche, soif vive. — Miction facile.

M. Berger croit à une épiplocèle enflammée, pouvant s'étendre et déterminer une péritonite généralisée. *Glace.* — *Onguent napolitain.* — *Extrait thébaïque.*

22 octobre. Calme produit par l'opium. — Peu de vomissements, mais pas de selles. — Ventre ballonné, et douloureux dans toutes ses parties. — La tumeur herniaire est élastique et diminue un peu à la pression. — Gargouillement gazeux produit par cette manœuvre.

Etat général sérieux : facies coloré, non grippé. — Langue humide, rouge, soif vive. — Subdelirium. — Constipation rebelle. — Vomissements constants, mais *sans odeur.*

M. Pérler pense à une péritonite, et émet l'idée d'une perforation à craindre. P. 96. T. 36°, 8. Injection de 1 centigramme de morphine.

Soir. — Affaiblissement accentué. Oppression notable. Vomissements fréquents, sérieux, restant sans caractères. Pas de selles. P. 116. T. 36°, 8.

23 octobre. Est tombée rapidement dans le coma hier soir à neuf heures, sans accuser de douleurs plus vives. Depuis, reste sans connaissance. Continuation des vomissements et de la constipation.

A la *visite*: agonie, ventre dans le même état. Le membre inférieur droit est déjà froid, cyanosé. Elle meure à trois heures de la journée. A 10 heures : P. 120. T. 39°.

AUTOPSIE. — Incision en croix sur la tumeur, puis dissection par plans jusqu'au sac herniaire. La tumeur apparaît au-dessous du fascia superficialis, bosselée, lisse, il n'y a pas traces d'inflammation, ni de rupture; elle est constituée par deux lobes dont l'un, celui de droite, est gros comme le poing, celui de gauche d'un volume double. Ces deux lobes sont séparés par un sillon vertical, surmonté d'une hernie graisseuse sorte d'appendice épiploïque; il en existe un autre, plus petit, au point où se termine le sillon. Toute cette masse paraît avoir un pédicule commun, enroulé sur lui-même, et qui présente un centimètre environ de diamètre transversal pour un diamètre moitié plus petit.

L'incision de la paroi abdominale est continuée au-dessous du collet de la hernie, pour ménager celle-ci: les gaz s'échappent avec bruit; une fois le péritoine ouvert, les anses intestinales restent flasques, affaissées, ce qui fait soupçonner une perforation intestinale, mais point de liquide, pas de matières stercorales épanchées dans la cavité péritonéale. Traces de péritonite ancienne sur les anses intestinales reliées entre elles, ou au foie par des brides de fausses membranes. Mais la séreuse est enflammée dans la fosse iliaque droite, au pourtour du cœcum énormément distendu et dans le petit bassin. Le grand épiploon, tirillé, torqué sur lui-même est entraîné vers l'aîne gauche où il est reçu dans un sac herniaire crural, très-bien constitué; des adhérences assez solides relient l'épiplocèle au sac ainsi formé; cette corde épiploïque passe dans son trajet au-devant du côlon transverse qu'elle comprime fortement, aussi les gaz sont-ils accumulés entre celui-ci et le côlon ascendant.

Le *cœcum*, très-volumineux, contient des matières liquides en grande quantité ainsi que des gaz, la pression met en évidence une petite perforation dont il est le siège. C'est un pertuis circulaire situé sur sa face antérieure, de la largeur de deux têtes d'épingle; au pourtour, le péritoine est vivement injecté, mais le tissu cellulaire sous-péritonéal ainsi que celui de la fosse iliaque sont sains. La surface interne du viscère présente les traces d'une vive inflammation, les parois amincies sont réduites à l'épaisseur d'une feuille de papier, et, au niveau de la perforation, les deux tuniques internes sont ulcérées de façon à présenter une perte de substance au moins triple de celle que présente la séreuse.

Quant à la hernie, elle est constituée par le gros intestin seul, par le côlon ascendant. Le côlon pénètre dans la tumeur de droite, puis dans la tumeur de gauche et rentre dans la cavité abdominale avant le coude formé avec le côlon transverse; adhérences du viscère et du mésocôlon au pourtour de l'orifice herniaire à l'entrée et à la sortie de la tumeur. On y trouve deux sacs, un plus petit qui communique avec la cavité péritonéale, un autre plus grand, enkysté, enveloppant l'intestin dans la presque totalité de la tumeur, et contenant quelques adhérences membraneuses. Il n'y a pas d'étranglement, l'intestin est rouge, enflammé, mais un filet d'eau traverse sans difficulté la tumeur herniaire d'une extrémité à l'autre du côlon. — Le rectum est aplati, réduit à un calibre minime, il contient des matières dures, cylindriques. — Rien à noter dans les autres viscères.

REMARQUES. — De ce fait, on peut relever deux points :

1° Les symptômes de la typhlite peuvent en imposer pour

ceux d'un étranglement herniaire dans le cas de hernie volumineuse enflammée, voisine de la fosse iliaque droite. Les accidents consécutifs à l'obstruction intestinale : douleurs, météorisme, vomissements rebelles, constipation opiniâtre, étaient ici réunis, mais on put constater des symptômes négatifs, excluant l'idée d'étranglement herniaire ; l'irréductibilité habituelle de la tumeur, l'émission de quelques gaz par l'anus, et l'absence de vomissements fécaloïdes au sixième jour.

2° Pour le mécanisme, il est probable que la hernie par son volume et par l'épaississement de la tunique interne constatée en trois endroits fut cause du ralentissement du cours des matières dans le gros intestin, peut-être peut-on y ajouter comme auxiliaire la compression exercée sur le côlon par la corde épiploïque qui bride obliquement le côlon transverse. Sous cette influence, le cœcum devenant le réservoir de ces matières, se distendit et s'enflamma par le contact prolongé de cet agent irritant, d'où la perforation constatée à l'autopsie.

7. Rétrécissement par hypertrophie des tuniques cellulaires et musculaires du rectum et du côlon transverse. — Examen microscopique; par G. DE MARIIGNAC, interne des hôpitaux.

Amélie P., 29 ans, journalière, entre le 15 mai 1877 à l'hôpital Necker (service de M. GUYON).

Antécédents. Le père est mort d'une fièvre typhoïde ; la mère à l'âge de 50 ans après une année de maladie. La malade a été réglée à 15 ans, elle n'a jamais eu de pertes, mais à plusieurs reprises elle a eu des retards assez prolongés. Elle n'a jamais eu d'enfants. Depuis 3 ou 4 ans, elle a beaucoup souffert de constipations qui ont toujours persisté malgré les divers régimes qu'elle a suivis. A plusieurs reprises, elle a eu de la diarrhée succédant à des constipations plus longues que d'habitude. Au commencement de 1877, elle a été prise de troubles de la digestion, de vomissements glaireux, renfermant quelquefois un peu de sang et qui survenaient surtout au moment des repas. Depuis à peu près la même époque les phénomènes de constipation ont beaucoup augmenté, surtout depuis le mois d'avril, à dater de ce moment là, elle n'a plus eu aucune selle naturelle, il lui a fallu se donner constamment des lavements. C'est aussi depuis cette époque, qu'elle a remarqué que ses matières fécales étaient aplaties, comme passées à la filière.

Son état s'aggravant, et voyant disparaître ses forces, la malade se décida à entrer à l'hôpital. Aucun antécédent de syphilis ; ni fièvre typhoïde, ni dysenterie.

État actuel. La malade est maigre, le teint un peu terreux, les yeux sont enfoncés dans les cavités orbitaires ; elle se

plaint d'une constipation opiniâtre, de vomissements glaireux et d'une perte d'appétit complète. La respiration est un peu gênée. En découvrant la malade, on voit l'abdomen très-distendu, les anses intestinales se dessinent à travers les parois; lorsqu'on percute le ventre, on trouve dans toute son étendue une sonorité très-marquée. En quelques points, au niveau de l'S iliaque et le long du côlon transverse, la palpation dénote l'existence de matières dures et bosselées; le ventre est peu douloureux à la pression.

Toucher rectal. — On introduit l'index sans peine jusqu'à 5 ou 6 cent. de l'anus, mais en ce point l'on se trouve arrêté par un rétrécissement qui donne au doigt la sensation de parois régulières et résistantes. Il ne s'écoule par l'anus ni sang, ni matières purulentes. Pas d'hémorroïdes. — *Toucher vaginal :* On sent à travers la paroi postérieure du vagin un cordon dur, non douloureux qui représente le rectum. En le suivant on le sent se prolonger au-dessus du cul-de-sac postérieur, et, par conséquent, on ne peut pas atteindre la limite supérieure du rétrécissement. L'utérus est immobile, le corps est en rétroflexion et le col regarde tout à fait à gauche; les culs-de-sacs donnent au doigt une sensation de parchemin, ils ont perdu leur souplesse.

En auscultant les poumons, on trouve aux deux sommets la respiration un peu prolongée; mais il n'y a pas de matité. Les autres organes tels que le cœur, le foie et la rate ne présentent rien à noter.

18 mai. Depuis son entrée, la malade n'est pas allée à la selle. Huile de ricin 60 grammes.

19 mai. Pas encore de selles. On introduit par l'anus une bougie urétrale n° 20 de Charrière, il se dégage immédiatement beaucoup de gaz. Lavement au moyen de la bougie.

20 mai. En introduisant une sonde munie d'une chemise en baudruche dans laquelle on peut injecter de l'eau, il semble que le rétrécissement mesure de 6 à 8 cent. de long.

27 mai. On commence à faire une dilatation graduelle, en introduisant tous les jours, matin et soir pendant 5 minutes, une bougie dans le rectum. Il y a toujours un tympanisme très-prononcé.

8 juin. L'état est toujours sensiblement le même; le doigt ne peut ni franchir, ni s'engager dans le rétrécissement.

25 juin. On peut introduire une sonde un peu plus forte; la malade va d'elle-même à la selle quoique très-difficilement. Le ventre, qui est toujours très-distendu, est douloureux. Par la palpation, on trouve au niveau de l'épigastre deux ou trois masses dures, résistantes, mais mobiles; au-dessus et à

gauche de l'ombilic, une petite tumeur dure, roulant un peu sous le doigt et de la grosseur d'un noyau de cerise.

15 *juillet*. Le ventre est bien moins tendu qu'il y a un mois; on ne retrouve pas d'une manière constante les plaques dures que l'on sentait dans l'abdomen. A certains moments, il y a un véritable spasme du sphincter anal qui gêne l'introduction de la bougie. — Injections sous-cutanées de morphine.

12 *août*. La malade s'est amaigrie, le ventre est de nouveau aussi distendu qu'au moment de l'entrée de la malade; sonorité exagérée; à la palpation, pas de sensation de nodosités. Les lavements que la malade a pris d'une manière constante ne ramènent que très-peu de matières, le rétrécissement est devenu plus étroit, il faut se servir de sondes moins fortes qu'il y a quelques jours. La malade se plaint de nausées continues; glace à l'intérieur et sur l'abdomen.

15 *août*. L'état de la malade n'a fait que s'aggraver; depuis la veille, il y a de l'œdème des deux membres inférieurs. La malade a des vomissements verdâtres, la paroi abdominale est très-distendue par des gaz et la respiration s'en trouve très-gênée. La malade meurt dans le coma, le 15, à 10 heures du soir.

AUTOPSIE faite le 17 *août*. — Le ventre est aussi ballonné qu'au moment de la mort; dès la première incision faite sur l'abdomen les anses de l'intestin grêle font hernie hors de la cavité abdominale; elles sont très-distendues et présentent une coloration rougeâtre avec une légère arborisation; elles sont distendues par des gaz; ces anses avaient passé entre la paroi abdominale et la face antérieure de l'estomac, de telle manière qu'on ne pouvait pas explorer le côlon transverse à travers les parois. Le côlon transverse est, du reste, fixé lui-même par des adhérences au bord inférieur de l'estomac. Pas de fausses membranes entre les anses de l'intestin grêle. Il y avait dans la cavité abdominale deux ou trois litres de liquide citrin parfaitement clair.

On voit sur le mésentère de nombreuses petites taches blanches, aplaties, variant du diamètre d'une lentille à celui d'un noyau de cerise, elles font un léger relief sur la surface péritonéale, elles sont excessivement nombreuses et sont disséminées sur toute l'étendue du mésentère.

Une fois l'intestin grêle enlevé, le gros intestin se présente distendu dans toute sa longueur. Mais, dès la première inspection, on voit que le côlon transverse est plus ou moins adhérent à la grande courbure et un peu à la face postérieure de l'estomac; la palpation dénote sur son trajet l'existence de deux points rétrécis; elle fait également reconnaître l'existence du rétrécissement du rectum. Le cœcum et le côlon ascendant

sont distendus par des gaz, tandis que tout le reste du gros intestin est plein de matières fécales qui ont l'aspect et la consistance d'un mastic ocreux.

Estomac et duodénum. L'estomac est petit, ses parois sont très-épaisses; le duodénum ne présente rien de particulier. — *Uterus.* Rien à noter. — *Fois.* Très-petit, la surface est un peu ridée; sa substance, de couleur très-foncée, est molle et presque un peu diffuente. — *Rate.* Très-petite, traces de périsplénite. — Les *reins* sont très-petits. — *Cavité thoracique.* Les *poumons* sont congestionnés; pas de tubercules aux sommets. — Rien dans la *plèvre*. — Le *cœur* est petit, n'a pas de lésion valvulaire.

Péritoine. Au niveau des anses de l'intestin grêle, il présente des traces d'inflammation récente; dans le mésentère et à quelques autres endroits, il offre de nombreuses taches blanchâtres; dans le cul-de-sac recto-utérin, des adhérences et des fausses membranes relient l'utérus et le rectum.

Le grand épiploon est épaissi, parsemé de petites masses dures, grisâtres, variant de la grosseur d'un grain de mil à celle d'un raisin. — *L'examen microscopique* des taches blanchâtres du péritoine et des masses dures de l'épiploon a montré que l'on avait affaire à de la *péritonite chronique non tuberculeuse*.

Rectum. Le rectum est ouvert par une incision longitudinale faite sur sa face postérieure: il est le siège d'un rétrécissement serré, ne laissant pas pénétrer le petit doigt, il est d'une longueur de 5 à 6 cent.; il commence à 7 ou 8 cent. au-dessus de l'anus; au-dessus du point rétréci, le rectum est très-dilaté et forme une vaste poche remplie de matières fécales. La muqueuse rectale présente une couleur d'un gris vert; on ne trouve à sa surface aucune ulcération ni au-dessus, ni au-dessous, ni dans la longueur du rétrécissement; elle est plissée, mamelonnée, surtout au-dessus et au-dessous du rétrécissement, comme si le tissu sous-muqueux s'étant rétréci, la muqueuse se trouvait trop longue pour tapisser exactement sa surface. Les parois du rétrécissement présentent une épaisseur variant suivant les points de 1 à 2 cent., leur aspect est grisâtre; on voit parfaitement sur une coupe longitudinale 3 ou 4 couches superposées et, à l'œil nu, on peut distinguer facilement les deux couches musculaires qui forment des faisceaux très-nets. Les parois ont une consistance lardacée. Tout le tissu cellulaire situé entre le cul-de-sac postérieur du vagin et le rectum, a subi une transformation fibreuse.

Colón transverse. Il est le siège de deux rétrécissements. On l'ouvre par une incision longitudinale faite le long de sa face antérieure. Le *premier rétrécissement* est situé au-dessous du duodénum, il commence immédiatement à l'angle formé par

la rencontre du colon ascendant avec le colon transverse ; il a environ 10 cent. de longueur, mais il est un peu moins étroit que celui du rectum. La muqueuse, plissée transversalement, présente tout à fait l'aspect de la muqueuse de l'intestin grêle, dans les points où les valvules conniventes sont les plus rapprochées. Aucune ulcération de la muqueuse. Les parois sont dures, lardacées, d'une épaisseur variant de 1 à 1/2 cent., de telle manière que ce rétrécissement donnait à la main la sensation d'un cylindre allongé, dur et résistant. La surface péritonéale est grenue, mamelonnée, de couleur gris-bleu, et couverte de végétations qui forment en certains points de véritables franges. Par sa partie supérieure, ce rétrécissement est relié au pylore par des fausses membranes très-épaisses.

Le *second rétrécissement* est situé à l'angle formé par le colon transverse et le colon descendant, à peu près au niveau du grand cul-de-sac de l'estomac, auquel il adhère par de fausses membranes. Le rétrécissement n'a qu'une longueur de un centimètre et il paraît formé surtout par une saillie de la paroi interne de l'angle rentrant formé par le colon transverse et le descendant ; les parois présentent le même aspect que le rétrécissement précédent, mais c'est surtout l'inférieur qui est épaissi, le supérieur ne dépasse pas beaucoup l'état normal.

Examen microscopique (fait dans le laboratoire de M. Vulpian). — Le râclage à l'état frais ne donne aucun renseignement sur la nature de ces rétrécissements.

Les *coupes* du tissu du rétrécissement du rectum, durcies dans l'alcool et colorées par le picro-carmin, faites perpendiculairement au grand axe de l'intestin, montrent une hypertrophie manifeste de toutes les couches constituant les parois du rectum. La *muqueuse* paraît saine, elle a perdu son épithélium, mais elle ne présente en aucun point d'ulcération ; les glandes en tube sont plus longues que d'habitude. Au-dessous, la couche musculaire sous-muqueuse est un peu épaissie. La *tunique cellulaire*, qui relie la muqueuse aux couches musculaires, est quatre ou cinq fois plus épaisse que celle d'un rectum sain, elle est formée par des faisceaux de tissu conjonctif, serrés les uns contre les autres et parsemés de noyaux fortement colorés par le carmin, et qui, en quelques endroits, sont réunis en petits amas. Les vaisseaux de cette couche sont augmentés de volume et de nombre. La *tunique musculaire*, formée par la couche de fibres circulaires et celle des fibres longitudinales, est augmentée aussi dans les mêmes proportions que la tunique cellulaire. Les deux couches sont séparées l'une de l'autre par du tissu conjonctif abondant, riche en noyaux et qui envoie des prolongements qui forment des

mailles très-nettes à travers la couche musculaire longitudinale. La couche circulaire est celle qui paraît le plus hypertrophiée et qui renferme le moins de faisceaux conjonctifs. — La *tunique cellulaire* sous-péritonéale, également augmentée d'épaisseur dans les mêmes proportions que les autres, offre le même aspect que la tunique cellulaire sous-muqueuse, mais elle est bien moins riche en noyaux, le tissu conjonctif y est disposé d'une manière très-nette en faisceaux concentriques.

Les coupes, faites parallèlement à l'axe de l'intestin et aux deux extrémités du rétrécissement montrent une augmentation graduelle et régulière des diverses tuniques; à une petite distance du rétrécissement, elles sont parfaitement normales; celle qui se modifie la première, c'est la couche cellulaire sous-péritonéale, qui s'épaissit de plus en plus en même temps que les faisceaux de tissu conjonctif deviennent plus compacts. Des deux couches musculaires, c'est la circulaire qui s'hypertrophie d'abord.

Les coupes faites sur le rétrécissement du côlon, présentaient le même aspect; comparativement les tuniques musculaires étaient moins hypertrophiées qu'au rectum. Les préparations microscopiques, vues soit à un faible soit à un fort grossissement, n'ont jamais présenté d'éléments étrangers.

REMARQUES. — L'examen microscopique nous permet d'éliminer l'hypothèse de rétrécissement cancéreux ou épithéliomateux. Ce n'est pas non plus un rétrécissement fibreux pur, car les tuniques musculaires sont excessivement développées, nous le classerons donc dans une variété que l'on a déjà quelquefois signalée, celle des rétrécissements par hypertrophie de toutes les tuniques. Mais, quelle est la cause de ces rétrécissements multiples? Cette malade présentait à l'autopsie des traces de péritonite chronique non tuberculeuse, l'on pourrait peut-être supposer qu'il y avait des adhérences qui bridaient l'intestin dans le cul-de-sac recto-utérin et au niveau du côlon et que la tunique musculaire s'est hypertrophiée au-dessus pour vaincre l'obstacle que ces brides apportaient au cours des matières intestinales. L'on pourrait ainsi rapprocher cette hypertrophie de celle que l'on observe dans la vessie et dans le cœur, dans les cas d'obstacles au cours de l'urine ou du sang.

S. Cancer de l'œsophage; tuberculose pulmonaire; par
M. MAURICE LETULLE, interne des hôpitaux.

B..., Jean, 52 ans, entre à la Pitié, dans le service du docteur GOMBAULT, le 12 septembre. Il raconte qu'il est malade depuis 18 mois environ. Il fut pris subitement, un soir en

dinant, de dysphagie. Il entra aussitôt à la Charité, et fut soumis pendant huit jours au cathétérisme de l'œsophage. Il en sortit guéri. Mais, au bout de quelques semaines, les accidents reparurent moins marqués, mais progressifs. Depuis quelques mois, les régurgitations se sont établies, fréquentes et faciles. Amaigrissement.

Depuis cinq jours, la dysphagie est absolue. Le malade ne peut rien avaler; il rejette par régurgitation tous les aliments, liquides et solides. Aussi, se présente-t-il dans un état d'émaciation effrayante. Les côtes sont saillantes sous la peau, et toutes les saillies du squelette se dessinent très-nettement.

Le cathéter rencontre, à la partie la plus inférieure de l'œsophage, une résistance invincible que la plus petite olive ne peut franchir. Les mucosités qui recouvrent l'olive sont striées de sang. La sonde œsophagienne est introduite, aucune goutte de liquide ne passe. On remarque qu'à certains moments, en dehors des mouvements respiratoires, le liquide contenu dans l'entonnoir de la sonde disparaît complètement, puis remonte bientôt en abondance.

Le malade est pris par instants de quintes de toux pénibles. Il rend alors une certaine quantité de crachats jaunâtres, opaques, réellement nummulaires pour quelques-uns d'entre eux. Il tousse depuis longues années, n'a jamais eu d'hémoptysie. Nombreux excès alcooliques. Pas de syphilis. — Douleur très-vive à la pression au niveau du creux épigastrique, où on ne constate aucune tumeur. Foie normal; ventre plat, à peine sonore; diarrhée habituelle; souffle amphorique; gargouillement et matité sous la clavicule droite.

Deux jours après son entrée, les aliments liquides peuvent passer, avec certaine difficulté. Cet état persiste jusqu'au 8 octobre. Le malade s'affaiblit progressivement, et la toux devient de plus en plus pénible, les crachats purulents augmentent. Et, bien que dans les derniers temps, les jaunes d'œuf soient absorbés, l'état de faiblesse devient si grand que le moindre mouvement ne se fait plus qu'avec peine. Le malade s'éteint le 13 octobre.

AUTOPSIE. — Le tiers inférieur de l'*œsophage* est envahi par une dégénérescence néoplasique cancéreuse. Depuis la bifurcation des bronches jusqu'au cardia, le canal œsophagien est transformé en une masse dure, cylindrique, renflée à ses deux extrémités. Sur la coupe, l'organe est considérablement rétréci, surtout au niveau du cardia.

On trouve, à 10 centimètres du cardia, sur la face antérieure de la muqueuse œsophagienne, une ulcération arrondie, gris-jaunâtre, large de 2 centimètres environ, et pénétrant profondément dans une masse cancéreuse sous-jacente à l'œsophage.

Cette masse néoplasique jaune-pâle, est constituée probablement par un énorme ganglion dégénéré inférieur à la bronche gauche. Cette masse adhère intimement à la face inférieure de la bronche et au péricarde pariétal. Elle répond en avant aux veines pulmonaires. Cette tumeur est grosse comme une noix, et présente, sur la coupe, quelques points noirâtres (anthracose ganglionnaire). Les veines, la bronche et le péricarde sont indemnes. Le nerf pneumogastrique gauche passe immédiatement en dehors du ganglion. Il lui adhère dans une étendue de 2 centimètres environ.

Au-dessous de cette masse, la muqueuse œsophagienne est épaissie, villose, irrégulière; elle se confond avec le reste de la paroi œsophagienne transformée par le cancer. La muqueuse est notablement ramollie, bien que les tissus dans leur ensemble offrent une dureté remarquable.

Immédiatement au niveau du cardia commence une nouvelle tuméfaction du néoplasme qui forme là une tumeur sous-jacente à la muqueuse ulcérée. Son diamètre vertical mesure 0 m. 04 cent., le transversal 0 m. 02 cent. Son volume égale celui d'un œuf de poule. Elle empiète sur la face postérieure de l'estomac. Cette masse crie sous le scalpel, elle se perd dans le tissu cellulaire de la partie inférieure du médiastin. Elle paraît peu vasculaire, et est sillonnée de tractus fibreux jeunes. La muqueuse de l'estomac est épaissie, vascularisée. On aperçoit de grosses veines sous-muqueuses, noirâtres, surtout au niveau de la grande courbure.

Poumons. Le poumon gauche, au sommet, est dur, farci de tubercules entourés de tractus fibreux. Aucun n'a subi la transformation caséuse. Le lobe inférieur présente un nombre peu considérable de granulations au milieu d'un tissu rouge crépitant. Les bronches sont remplies de mucosités purulentes, et paraissent dilatées sur nombre de points.

A droite, le poumon est dur dans toute son étendue à la coupe; on trouve au centre du lobe supérieur une caverne de la grosseur d'une petite noix, perdue au milieu d'un parenchyme grisâtre et très-induré, infiltré par flocs de tubercules probablement anciens, gris et très-durs. — Pneumonie hypostatique à la partie déchirée du lobe inférieur. Quelques cavernules rapprochées du hile (dilatations bronchiques?) Les ganglions du médiastin sont intacts, noirâtres, mais peu volumineux.

Cœur. 380 grammes, petit; orifices sains. Plaques laiteuses à la base de l'auricule droite.

Reins. 255 grammes. Petits, très-durs, capsule très-adhérente. Couche corticale peu épaisse, d'un rouge orangé, ma-

nifestement atrophiée. — *Fois.* 1,130 grammes, petit, un peu dur. La vésicule est pleine de bile verte.

Intestin grêle. On trouve une douzaine d'ulcérations tuberculeuses, au niveau des plaques de Peyer. Toutes sont doublées, au niveau de la séreuse, par une éruption tuberculeuse péritonéale. A 2 cent. de la valvule iléo-cœcale, une large ulcération superficielle, gris noirâtre, paraissant en voie de cicatrisation.

RÉFLEXIONS. Cette observation nous montre l'histoire d'un *tuberculeux devenant cancéreux*. La tuberculose ne paraît pas avoir été ici, comme dans un cas que nous avons présenté naguère à la Société Anatomique, l'expression dernière d'un état cachectique arrivé à sa période ultime.

Les lésions avancées du poumon, constatées du vivant du malade, pouvaient embarrasser le diagnostic. On a discuté pendant quelque temps l'hypothèse d'une adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse. Mais, dès le premier jour, le carcinome de l'œsophage s'imposait à l'esprit par la marche des accidents, la dysphagie complète. L'existence d'une ulcération de la muqueuse œsophagienne et la douleur vive au creux épigastrique contribuaient à affirmer le diagnostic.

Signalons encore: 1° l'étendue considérable du rétrécissement qui mesurait 12 centimètres de hauteur; 2° Les accidents spasmodiques qui exagérèrent à trois reprises la dysphagie.

**9. Hémiplégie droite. — Contracture tardive et atrophie musculaire des membres droits. — Épaississement des tégu-
ments des membres atrophies. — Mort. — Autopsie: foyer cicatrisé hémorragique du centre ovale gauche: sclérose médullaire descendante. — Adiposé du tissu conjonctif sous-cutané des membres affectés d'atrophie musculaire simple; par le Dr LANDOUZY (1).**

S... Victor, 63 ans, compositeur, n'ayant pas d'autres antécédents pathologiques qu'une atteinte légère de coliques saturnines, est amené à la Charité (service de M. HARDY), le 9 mai 1877 pour une hémiplégie droite.

Intelligence et mémoire intactes. S... vieillard petit, nerveux, sec, ne paraissant pas plus que son âge, (ni vaisseaux

(1) Voir dans l'Album, page 49, deux planches contenant six dessins montrant: 1° l'étendue et le siège du foyer hémorragique; 2° l'état de la peau et du tissu conjonctif sous-cutané des membres sains et des membres atrophies.

athéromateux, ni arc sénile) raconte très-nettement les conditions dans lesquelles est survenu son accident.

Il y a trois jours, sans changement appréciable dans sa santé, sans le moindre malaise ni écart de régime, en se mettant à table avec sa femme (les renseignements de celle-ci concordent de tous points avec ceux du malade), S... vit des nuages lui passer devant les yeux, puis se sentit glisser de sa chaise et tomber à terre. Il n'y eut qu'une demi-perte de connaissance, car S... vit parfaitement qu'il tombait, vit que sa femme le relevait, à tel point qu'il « l'aidait le mieux qu'il pouvait. » Aussitôt relevé, S... fut couché par sa femme: il parlait lentement, difficilement, sentait la tête lourde: pas d'aphasie. Dans le lit, S... s'aperçoit que tout le côté droit est paralysé « comme mort » sent qu'il a la bouche de travers: sa femme constate que la bouche est toujours tirée à gauche. Pas d'autres phénomènes appréciables pour le malade qui vient à la Charité pour qu'on le guérisse de sa paralysie.

ÉTAT ACTUEL. — Apyrexie complète: état général bon. Hémiplégie flasque: facial inférieur et membres droits; la paralysie est totale et complète. Pas de déviation de la langue ni du voile du palais. Égalité des pupilles. Pouls radial droit plus large, à tension plus faible que le gauche. Pas de troubles de la sensibilité. Un peu de céphalalgie gauche. Petit à petit, vers la fin de *Mai*, de faibles mouvements s'exécutent dans les membres, un peu mieux dans le membre supérieur que dans l'inférieur. L'hémiplégie faciale inférieure est toujours aussi marquée.

A la fin de *Juin*, S..., dont l'état général est bon, dont les digestions sont faciles, accuse dans l'épaule et le long de la face interne du bras, à droite, des douleurs continues, douleurs exagérées par la pression du plexus brachial dans le creux axillaire.

Juillet. — Les faibles mouvements qu'exécutait le malade deviennent plus difficiles, « il y a autant de raideur que de paralysie », dit S..., qui se plaint surtout de tiraillements dans le bras et dans la jambe: il se fait un peu de contracture.

Août. — La contracture s'accroît: elle prédomine sur le membre inférieur, le malade se plaint moins du bras que du membre inférieur toujours maintenu raide, la jambe en demi-flexion sur la cuisse, en demi-abduction avec extension presque complète du pied. Les membres droits diminuent de volume: les plis faits aux téguments sur les régions amaigrées sont plus épais que sur les régions correspondantes des membres gauches. Les poils et les ongles sont plus longs sur les membres droits que sur les membres gauches.

Octobre. — Même sensation de raideur dans les membres:

les douleurs spontanées sont moindres, la compression exercée sur les nerfs du bras et du membre inférieur est toujours douloureuse. La contracture augmente, le bras, sans être collé au corps, est en demi-abduction, l'avant-bras est dans une position intermédiaire à la pronation et à la supination : les doigts sont maintenus demi-fléchis dans la main. Le membre inférieur est en abduction, la jambe un peu fléchie, le pied forme un équin presque complet. L'amaigrissement des membres droits est notable. La mensuration circonférentielle, faite dans des points exactement symétriques, donne :

Bras droit, partie moyenne, 0^m19 ; bras gauche, partie moyenne, 0^m205. — Avant-bras droit, partie moyenne, 0^m18 ; avant-bras gauche, partie moyenne, 0^m20. — Cuisse droite, partie moyenne, 0^m31 ; cuisse gauche, partie moyenne, 0^m325. — Mollet droit, partie moyenne, 0^m20 ; mollet gauche partie moyenne, 0^m22.

Les plis faits aux téguments, en les saisissant entre le pouce et l'index et en les soulevant comme on le ferait pour placer un séton, sont d'épaisseur très-inégale suivant qu'on les fait à droite ou à gauche : toujours les plis faits sur les membres droits sont plus épais, et pourtant la peau présente un aspect absolument normal.

Les plis, mesurés au compas d'épaisseur, donnent à leur base : Bras droit, partie moyenne, face antérieure, 0^m012 ; bras gauche, partie moyenne, face antérieure, 0^m006,

Cuisse droite, partie moyenne, face antérieure, 0^m014 ; cuisse gauche, partie moyenne, face antérieure, 0^m007.

Jambe droite, face postérieure, 0^m009 ; jambe gauche, face postérieure, 0^m004.

Même après une pression forte et prolongée, l'empreinte digitale ne reste pas sur la peau, il n'y a pas d'œdème. La sensation, éprouvée, en pinçant les plis tégumentaires entre les doigts, n'est pas exactement la même à gauche et à droite ; les plis de gauche semblent secs et lisses, les plis de droite, au contraire, mous, pâteux et un peu grenus. Les poils du membre inférieur sont un peu plus longs à droite qu'à gauche. Température, à la main, égale sur les quatre membres.

L'état général faiblit, le facies s'amaigrit, l'appétit diminue : le moral baisse un peu, le malade larmoie facilement, sans motifs apparents. Eschare sacrée, résultant du décubitus horizontal devenu continu.

10 octobre. L'eschare s'agrandit et se creuse, surtout vers la droite ; la peau qui entoure l'eschare est infiltrée, rouge, violacée : l'état général décline visiblement.

16 octobre, soir. Grand frisson, claquements de dents, vomissements alimentaires suivis de sueurs profuses : fièvre in-

tense, T. R. 40°. En l'absence de toute complication thoracique, M. Duguet (suppléant M. Hardy), considère cette fièvre comme symptomatique d'infection putride occasionnée par l'eschare sacrée.

17 octobre. En dépit du quinquina, d'une potion de Todd, et des moyens employés pour déterger l'eschare, nouveaux frissons.

18 octobre. L'infiltration qui entoure l'eschare s'étend notablement vers la région fessière droite qui devient phlegmo-neuse. Mort le 20 octobre.

AUTOPSIE, 36 heures après la mort. — Pas de rigidité cadavérique dans les membres droits. Sur la face antérieure de la région moyenne des cuisses, on fait, parallèlement à la direction du membre, un pli à la peau : à la base des plis, on fait un point de suture pour pouvoir les enlever en leur conservant leur volume. Les plis fixés dans leur forme par le fil, on les enlève par une double section faite perpendiculairement à leur axe ; le pli droit a juste une épaisseur double de celui de la cuisse gauche, il en est de même pour les plis du bras. L'inégalité des téguments apparaît flagrante aussi bien sur les mollets que sur les cuisses. (Voir le schéma.)

Des lambeaux tégumentaires, comprenant complètement la peau et tout le tissu sous-dermique jusqu'à l'aponévrose d'enveloppe, sont enlevés sur des points exactement symétriques : la tranche de ces lambeaux est épaisse ou mince, suivant qu'elle appartient aux membres droits ou gauches, elle mesuré :

Bras droit, 0=006 ; bras gauche, 0=003.

Cuisse droite, 0=007 ; cuisse gauche, 0=003.

Jambe droite, 0=0045 ; jambe gauche, 0=002.

Ces lambeaux sont présentés à la Société de Biologie dans la séance du 27 octobre (voir le schéma). Les muscles sous-jacents et leur aponévrose d'enveloppe ont le même aspect macroscopique.

L'examen et la dissection des lambeaux tégumentaires montrent que la différence d'épaisseur est tout entière due au tissu cellulaire sous-cutané chargé de graisse ; l'aspect et l'épaisseur du derme semblent exactement les mêmes à droite et à gauche ; non-seulement la couche sous-cutanée est plus épaisse sur la tranche des lambeaux pris à droite, mais elle est d'un jaune plus franc, plus intense. Toute la région fessière droite est infiltrée de pus : phlegmon consécutif à l'eschare.

Crâne. — Pie-mère fortement distendue par de l'œdème qui, en plusieurs endroits, est collecté en véritables phlyctènes. Décortication des hémisphères facile, n'entraînant aucun lambeau de substance corticale. Circonvolutions et scissures

d'aspect normal. Vaisseaux de la base non athéromateux.

Le pédoncule cérébral gauche apparaît un peu moins volumineux que le droit, la protubérance paraît symétrique; peut-être y a-t-il une légère asymétrie bulbaire. Le fait est d'autant plus douteux que le bulbe a été un peu entamé dans l'extraction de l'encéphale.

Rien à la coupe de l'isthme de l'encéphale, des pédoncules ni du cervelet. La partie droite de la moelle paraît un peu moins pleine que la partie gauche; l'examen histologique sera fait après durcissement.

Cerveau. — Même volume des hémisphères. Hémisphère droit absolument sain. Hémisphère gauche: des coupes faites perpendiculairement à son grand axe, depuis la base de la première circonvolution frontale, de deux centimètres en deux centimètres, jusqu'à deux travers de doigt de la scissure pariéto-occipitale, font voir, dans la substance blanche, une fente ocreuse (foyer cicatriciel lacunaire hémorragique) qui se poursuit, parallèlement au grand axe du cerveau, depuis le pied de la première circonvolution frontale jusqu'à la terminaison du lobule pariétal supérieur. Cette lacune, de forme irrégulièrement triangulaire, semble plus grande et plus large vers la partie postérieure; elle paraît située à un centimètre en dedans de la circonvolution du corps calleux, à laquelle elle reste assez exactement parallèle; nulle part elle ne touche à la substance grise quoiqu'elle se rapproche de la substance corticale vers sa partie antérieure; en somme, la position de cette lacune hémorragique creusée dans le centre ovale, serait assez exactement représentée par la direction d'une flèche qui traverserait, de part en part, la masse des faisceaux blancs fronto-pariétaux supérieurs, des faisceaux blancs irradiés de la région corticale fronto-pariétale (voir le schéma).

Nulle part ailleurs on ne trouve de lésions récentes ou anciennes; on ne recherche pas d'anévrysmes miliaires, la pièce devant être conservée et présentée. — Rien à noter dans les cavités thoracique et abdominale; ni abcès métastatiques, ni infarctus.

Examen histologique par MOINDROT, aide de clinique. — Des couches cutanées, sous-cutanées et musculaires prises sur des points symétriques de la région antérieure des cuisses; peau, saine, égale d'aspect et d'épaisseur sur les échantillons de droite et de gauche.

Tissu cellulo-adipeux, offrant sur l'échantillon de droite une épaisseur plus que double de celle de l'échantillon gauche; cette augmentation de volume est produite par des cellules adipeuses réunies sous forme de grands flots cloisonnés par

des vaisseaux remplis de sang et séparés par des tractus de tissu conjonctif.

Muscles, même aspect macroscopique; la dissociation montre une multiplication des noyaux du sarcolemme existant également sur les deux échantillons. Par l'examen des coupes longitudinales et transversales, on constate, dans l'échantillon droit, une atrophie d'un certain nombre de faisceaux musculaires dont la striation est nettement conservée.

Augmentation légère du tissu conjonctif interstitiel avec surcharge adipeuse de ce tissu. Rien de ces modifications sur l'échantillon gauche. — En *résumé*: adipeuse sous-cutanée; atrophie musculaire simple.

REMARQUES. Deux faits saillants sont à relever dans cette observation :

A) Le siège de l'hémorrhagie cérébrale;

B) L'épaississement des téguments des membres atteints d'amyotrophie secondaire, constaté pendant la vie, puis étudié macroscopiquement et histologiquement.

A. Par la lésion cérébrale occupant exclusivement le centre ovale, notre observation rentre dans la catégorie des faits récemment étudiés par M. Pitres (1) : comme dans plusieurs des cas rassemblés par notre collègue, la lésion a été suivie d'hémiplégie complète, puis de contracture secondaire. Cette conséquence tardive n'a pas lieu de surprendre si l'on songe à l'étendue dans laquelle l'hémorrhagie a lésé les faisceaux moteurs du centre ovale.

B. L'épaississement tégumentaire (que nous avons vu être exclusivement sous-dermique, puisqu'il s'agit d'une adipeuse du tissu conjonctif sous-cutané) nous paraît avoir une grande importance en physiologie pathologique, parce que nous l'avons noté dans maints cas d'amyotrophie; depuis le jour où notre maître, M. Fernet, nous ayant montré l'épaississement des plis cutanés dans l'atrophie musculaire consécutive à certaines sciaticques, nous avons relevé cette hypertrophie tégumentaire dans nombre de cas de macilence musculaire symptomatique, dans un grand nombre d'amyotrophies ne ressortissant pas au type Aran-Duchenne.

Il nous a paru d'autant plus intéressant d'étudier anatomiquement cette hypertrophie sous-dermique, que, à notre connaissance, un seul auteur, le professeur Gubler, a signalé l'adipeuse sous-cutanée dans une thèse, où un de ses élèves, le docteur Collette, s'est proposé d'étudier certaines phleg-

(1) Recherches sur les lésions du centre ovale des hémisphères cérébraux étudiées au point de vue des localisations cérébrales. Th. doct. Paris, 1877.

masies mono-articulaires, « dans le cours desquelles, sous des » influences morbides encore mal déterminées, les différents » groupes musculaires disposés autour de la jointure malade, » s'atrophient en même temps que la couche de tissu adipeux » qui double la peau, devient plus épaisse. »

En dehors de ce travail, on ne trouve presque rien sur le développement normal du pannicule adipeux sous-dermique, ni sur les déviations qu'il peut subir, et pourtant, cette adipose est importante, *en clinique*, puisqu'elle atténue et parfois même masque l'atrophie musculaire sous-jacente ; *en physiologie pathologique*, puisque les conditions dans lesquelles elle se produit (lésions des nerfs ou de la moelle) montrent qu'il s'agit d'un trouble trophique, *d'une déviation dans la nutrition du tissu conjonctif sous-cutané*.

L'étude de ce petit fait n'indique-t-elle pas que les actions trophiques du tissu conjonctif sous-cutané d'un membre n'ont ni mêmes centres, ni mêmes conducteurs que les muscles et la peau de ce membre. En effet, alors que l'action trophique musculaire cesse (amyotrophie) le trophisme cutané continue (intégrité de la peau) et l'action trophique du tissu hypodermique est déviée.

La preuve de cette dissociation trophique, nous la trouvons dans l'atrophie musculaire idiopathique dans laquelle le muscle *seul dépérit* ; dans les atrophies musculaires deutéropathiques dans lesquelles l'adipose sous-cutanée, tantôt apparaît seule avec l'amyotrophie, tantôt se montre avec cette amyotrophie et des lésions cutanées (érythème, pemphigus, zona). Ce qui revient à dire que l'adipose n'est pas sous la dépendance de la macilence musculaire, mais sous la dépendance d'une lésion des nerfs destinés au tissu conjonctif sous-cutané. Cette dissociation pathologique paraît devoir conduire aux dissociations anatomiques ; peut-être mènera-t-elle, par la réunion d'observations cliniques attentives et de nécropsies minutieuses, à découvrir les centres et les conducteurs de l'action exercée par la moelle sur le tissu conjonctif,

NOVEMBRE.

Séance du 2 novembre 1877.

PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

1. Abscès du foie ; par MM. BERINGIER et MOINDROT.

M. BERINGIER présente une *tumeur du foie* ayant les caractères extérieurs d'un kyste alvéolaire. L'observation n'a pas été remise. L'examen anatomique pratiqué par M. Moindrot a donné les résultats suivants :

A l'*examen macroscopique* cette pièce rappelle un peu la disposition du kyste multiloculaire à échinocoques ; mais je n'ai trouvé nulle part l'aspect gélatineux de ces kystes : d'échinocoques nulle part, ni de crochets ; enfin, je n'ai pas vu les membranes caractéristiques.

Le tissu hépatique, sur de larges surfaces, est divisé en alvéoles ; quelques-uns de ces alvéoles sont vides, leur contenu s'étant écoulé au moment de la section ; le plus grand nombre est rempli d'une matière caséuse parsemée de petits blocs réfringents, non cristallisés. Cette substance jaune, très-pâle, n'est pas attaquée par les alcalis, elle ne donne pas de bulles avec les acides, elle ne présente pas la réaction des matières biliaires. Je suis conduit à la regarder comme un dérivé quelconque de la graisse.

La substance caséuse qui remplit les cavités ne renferme que les petits éléments caractéristiques de ces foyers ; on n'y trouve nulle trace de vaisseaux.

La paroi de l'alvéole est formée par du tissu conjonctif embryonnaire, offrant la plus grande irrégularité dans sa distribution. Ça et là seulement, l'organisation de ce tissu est un peu plus avancée ; il entoure alors un groupe d'alvéoles comme d'un manchon, soit complet, soit interrompu par ulcération.

Poumon. Dans le poumon, mêmes foyers caséeux, mais ils sont isolés. La matière caséuse est parsemée des mêmes blocs réfringents que nous avons décrits dans le foie. Les foyers que j'ai vus siègent près de la surface de l'organe; à leur limite on voit une zone de pneumonie catarrhale.

Rate. Dans la rate les foyers caséux sont confluent, mais beaucoup plus petits que dans le foie. Ils ont produit la même destruction de substance; ils ont la même structure et renferment les mêmes blocs de substance grasseuse. Comme dans le foie, ils sont entourés d'une membrane ou zone pyogénique. Pas de dégénérescence amyloïde.

Sur les points non abcédés on ne trouve d'autre altération que la dégénérescence granulo-grasseuse des cellules; d'ailleurs pas d'altération amyloïde. Les vaisseaux périlobulaires, ainsi que la veine centrale, sont entourés d'une zone de tissu embryonnaire peu abondant; les canaux biliaires ont leur épithélium granulo-grasseux.

En somme, l'étude histologique me conduit au diagnostic *abcès* du foie, et à rejeter l'idée du kyste multiloculaire. C'est aussi l'opinion de M. Cornil, à qui j'ai soumis mes préparations.

2. Fracture de la colonne vertébrale à la région dorsale. —

Section de la moelle. — Cystite purulente; par A. BOURSIER, interne des hôpitaux.

F.... Pierre, 44 ans, maçon, entre à l'hôpital Cochin, le 6 octobre 1877 (service de M. DESPRÈS). Cet homme vient de tomber quelques instants auparavant de l'échafaudage d'une maison en construction, et de telle façon que sa région dorsale a porté sur une pierre de taille. Bien que légèrement ivre au moment de la chute, il n'a nullement perdu connaissance, et répond facilement aux questions qu'on lui adresse.

Examiné dès son entrée, il se plaint de douleurs fort vives au niveau de la partie inférieure de la colonne dorsale, et il est facile de voir une déformation notable de la région, une saillie anguleuse portant sur les dernières vertèbres dorsales. En même temps, paraplégie complète, perte absolue de mouvement et de sensibilité dans les membres inférieurs; l'anesthésie remonte sur la paroi abdominale jusqu'à deux ou trois travers de doigt au-dessus du pubis. Nous devons signaler aussi une absence totale de mouvements réflexes dans les parties paralysées, fait important en présence des désordres qui ont été rencontrés plus tard dans la moelle épinière. Ces symptômes permettent facilement de porter le diagnostic de fracture du rachis.

9 *Octobre*. Le malade est dans un grand état d'affaissement et se plaint de violentes douleurs dans le dos. La paralésie est tout aussi complète, pas de mouvements réflexes. — Rétention des matières fécales et de l'urine. Evacuation par le cathétérisme d'une notable quantité d'urine très-claire jusqu'aux dernières gouttes. — La paralysie vésicale est complète et l'évacuation ne peut se faire qu'à l'aide de pressions abdominales assez fortes. — Prescription : Cathétérisme toutes les 6 heures pour éviter la cystite. Immobilité dans le décubitus dorsal sur un lit un peu dur.

10 *Octobre*. — Pas de changement notable. — Aucun trouble du côté du cœur ni de la respiration. — Incontinence des matières fécales.

11 *Octobre*. — Même état. — les urines sont toujours claires, les douleurs de la région dorsale deviennent très-fortes.

12 *Octobre*. — Les urines sont toujours limpides, mais les dernières gouttes deviennent sanguinolentes et sédimenteuses. — Même état. Paralésie toujours aussi complète et cependant le malade ressent, dans les jambes, des sensations mal définies de refroidissement et de frissons; à la main, pas de changement appréciable de température. Dans l'aisselle T. 37°, 6. — Pupilles égales.

13 *Octobre*. — Même état. — Le sommeil devient difficile à cause de l'intensité des douleurs dorsales.

14 *Octobre*. — Même état local. Les urines commencent à être chargées et sanglantes; frisson intense avec claquement des dents et soubresauts des tendons, suivi d'une sueur très-abondante. — La température qui, jusqu'alors, avait à peine dépassé 38° atteint 39°, 8.

15 *Octobre*. — Nuit mauvaise mais pas de frisson.

16. — Incontinence d'urine; le malade urine par regorgement; le cathétérisme devient difficile et douloureux; la pression abdominale est douloureuse; les urines sont rouges et commencent à être purulentes.

17. — Quelques râles sous-crépitaux à la base du poumon gauche; début d'eschare sur la fesse droite; la température dépasse 39°, sans frisson; les urines sont franchement purulentes; prescription, sulfate de quinine, 0,60 centig.

19. — Légère amélioration; les douleurs de la fracture sont moins fortes. — 20. Même état.

21. — L'état général s'aggrave; un frisson peu intense après chaque cathétérisme; le soir, le cathétérisme a été particulièrement difficile et douloureux, les urines sont plus sanglantes que d'habitude.

22. — Le malade s'affaiblit; nouveau frisson excessivement intense et durant près de deux heures; la température atteint

40° 8; les urines, qui contiennent beaucoup de pus, prennent une odeur infecte.

23. — Même état; fièvre presque continue; ventre ballonné, très-douloureux; état de demi-érection à peu près constant.

25. — L'état général s'aggrave; ventre très-ballonné; demi-érection; émission de sperme (?); les urines sont complètement purulentes, l'évacuation complète de la vessie est rendue presque impossible par l'augmentation des douleurs abdominales.

27. — La langue devient sèche; apparition d'une teinte subictérique généralisée; pouls à 100.

28. — L'ictère devient très-prononcé; pas de douleurs hépatiques, pas de frissons; les urines ont une odeur infecte; ventre très-ballonné et très-douloureux.

29. — L'ictère devient très-foncé; le malade meurt avec un abaissement de la température à 37°, 4. (Voy. le tracé dans l'Album de la Société).

AUTOPSIE. — Pratiquée 26 heures après la mort.

A l'ouverture de la cavité abdominale, le péritoine paraît sain; cependant, en enlevant le paquet intestinal et les organes contenus dans la cavité pelvienne, on trouve de la pelvi-péritonite et une quantité notable de pus dans le petit bassin.

En enlevant le rein gauche, on trouve un phlegmon périnéphrétique très-étendu; le foyer purulent occupe toute l'atmosphère graisseuse du rein, descend le long du carré des lombes presque dans le bassin, et a infiltré tout le périnée. A droite, le tissu périnéphrétique est sain.

Les reins, sur une coupe longitudinale, ne présentent qu'une hyperémie assez notable, une consistance mollassse, et une teinte jaunâtre qui semble faire soupçonner un certain degré de dégénérescence graisseuse. — La rate est normale. — Le foie, très-jaune, paraît cependant indemne de toute altération et ne renferme notamment aucun abcès métastatique. — Rien dans l'estomac ni dans les intestins.

Les plèvres présentent quelques adhérences, à droite, au niveau de la région antéro-externe; à gauche, épanchement séreux, peu abondant. — Les poumons sont sains. A peine un peu de congestion hypostatique à gauche. — Le cœur est sain et très-ferme. On peut voir des traces d'endocardite ancienne sur tout le pourtour de l'orifice mitral, et sur la valve postérieure de la valvule tricuspide. Rien sur les valvules sigmoïdes, ni au niveau des orifices artériels.

Les téguments sont sains, mais très-ictériques. Au niveau de la région sacrée, de chaque côté de la partie moyenne du sacrum, à 2 centimètres de la crête sacrée, on trouve une

eschare arrondie, noire, sèche, de 4 à 8 centimètres de diamètre.

L'examen de la *colonne vertébrale* a montré que la fracture diagnostiquée portait sur les 10^e et 11^e dorsales. Le trait de fracture se dirigeait obliquement de haut en bas et d'avant en arrière coupant obliquement les corps de ces deux vertèbres. Le pédicule de la 11^e vertèbre dorsale était fracturé, et la masse apophysaire postérieure broyée. Le fragment inférieur s'était reporté en arrière, de telle façon qu'il n'y avait plus de communication entre les deux extrémités du canal rachidien, qui étaient écartées l'une de l'autre d'un centimètre et demi environ. La dure-mère, bien que fortement contuse, était encore continue dans toute l'étendue du canal rachidien, mais la moelle épinière était nettement sectionnée dans toute son épaisseur. Elle était trop ramollie pour qu'il ait été possible de faire un examen histologique.

Enfin, la *vessie* présentait une muqueuse épaissie, noirâtre, ramollie, d'aspect gélatiniforme; elle était remplie d'un liquide purulent, d'odeur infecte. — L'urèthre, dont la muqueuse était rougeâtre mais à peu près saine, portait au niveau de sa portion membraneuse une perforation faisant communiquer sa cavité avec la vaste suppuration qui allait du petit bassin à la région périnéphrétique.

Cette observation mérite l'attention à plusieurs titres. En première ligne, nous devons noter l'absence constante des mouvements réflexes dans les régions paralysées, fait qui paraît en opposition avec ce que l'on sait sur les sections de la moelle, dans lesquelles, au contraire, l'excitabilité réflexe se trouve exagérée dans les premiers moments. En second lieu, le malade est mort surtout par sa cystite purulente, mais l'examen nécroscopique a révélé l'existence d'un vaste foyer de suppuration que rien n'avait révélé pendant l'existence, et qui aurait peut-être dû être indiqué par les frissons répétés, qui étaient, au contraire, attribués à la cystite. Enfin, le malade est mort avec une teinte ictérique très-prononcée, dont nous n'avons pu trouver l'explication dans l'examen post-mortem.

3. Présentations diverses.

M. LETULLE présente des *reins kystiques* provenant d'un fœtus de 7 mois 1/2. Il n'y avait pas de lésions syphilitiques, cutanées ou osseuses. La mère avait contracté la syphilis au début de la grossesse.

M. PINARD fait observer que beaucoup d'enfants qui naissent de parents syphilitiques ne présentent pas de signes extérieurs de syphilis au moment de la naissance, mais que les altérations spécifiques se développent dans les premiers mois qui suivent la naissance.

Séance du 9 novembre 1877.

PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

4. Pachyméningite hypertrophique d'origine spontanée de la région dorso-lombaire ; par MM. LORDEREAU et TROISIER.

Les faits de pachyméningite spinale chronique de la région dorso-lombaire sont rares. En dehors de l'observation publiée par M. Rendu dans les *Bulletins de la Société anatomique* (*Pachyméningite spinale antérieure, comprimant le renflement lombaire et les nerfs de la queue de cheval ; myélite diffuse, surtout péri-ependymaire*, 1874, p.598). Il n'existe peut-être pas d'exemple de cette affection confirmé par l'autopsie. Nous avons eu l'occasion d'observer le suivant que nous publions, quoique l'histoire clinique de la malade soit fort incomplète.

Virginie E..., âgée de cinquante-cinq ans environ, était entrée dans le service de M. Isambert, à l'hôpital Saint-Antoine, le 9 septembre 1872, pour une paraplégie incomplète, accompagnée de vives douleurs. Quand on essayait de la faire marcher, en la soutenant, on voyait que le membre inférieur gauche glissait sur le sol sans faire aucun mouvement ; le droit pouvait exécuter quelques petits mouvements, mais tout à fait insuffisants pour la marche. Une fois couchée, la malade pouvait mouvoir les membres inférieurs, mais les mouvements, ainsi obtenus, étaient très-faibles. Les masses musculaires étaient très-amaigries. La sensibilité était conservée ; il n'y avait pas de retard dans la perception des sensations. Les mouvements réflexes n'étaient pas exagérés. La malade éprouvait dans le membre inférieur gauche des dou-

leurs fulgurantes, excessives, qui devinrent de plus en plus intolérables. Des douleurs de même nature se montraient assez souvent au côté gauche de l'abdomen. Le membre inférieur droit était aussi le siège d'élançements douloureux. Mais ceux-ci étaient beaucoup moins violents et moins fréquents que ceux du côté gauche. — La malade mourut de pneumonie le 3 décembre 1872.

A L'AUTOPSIE, nous avons trouvé un épaississement de la dure-mère, commençant à l'origine du renflement dorso-lombaire de la moelle épinière et se prolongeant jusque sur la queue de cheval. Il offre l'apparence d'une tumeur fusiforme, aplatie; il occupe presque exclusivement le côté gauche de la moelle épinière. Sur différentes sections transversales, il représente une espèce de croissant qui s'étend du sillon antérieur au sillon latéral postérieur du côté droit; la partie la plus épaisse répond à l'émergence des racines postérieures gauches; il offre, à ce niveau, vers la partie moyenne du renflement dorso-lombaire, 5 à 6 millimètres de largeur. Il est intimement adhérent avec la pie-mère. Son aspect rappelle celui de la dure-mère, avec laquelle il se confond, mais que l'on distingue cependant à la partie externe; il est manifeste qu'il s'est développé à la face interne de cette membrane. La structure de cet épaississement est celle du tissu fibreux; on y remarque une quantité assez considérable de noyaux disséminés entre les lames de tissu conjonctif. Les racines postérieures et les racines antérieures paraissent comprimées pendant leur trajet au travers de cette néoplasie. La moelle épinière, à ce niveau, est un peu ramollie; après macération dans une solution étendue d'acide chronique, il existe dans ce point un état granuleux et des lacunes qu'on ne retrouve pas ailleurs.

Il nous est impossible de dire quelle altération la moelle épinière avait subie; car nous ne pouvons rien conclure de l'examen de nos préparations histologiques qui sont défectueuses. Il y a lieu de penser qu'elle était atteinte d'inflammation chronique, ou que, du moins, elle était comprimée depuis longtemps à ce niveau; car il existe une sclérose ascendante du cordon postérieur gauche, sclérose que l'on retrouve jusque dans la région cervicale.

Nous nous bornerons aux remarques suivantes: 1° l'altération de la dure-mère, dans ce cas, est absolument semblable à celle de la PACHYMÉNINGITE CERVICALE HYPERTROPHIQUE, décrite par MM. Charcot et Joffroy; c'est une pachyméningite interne d'origine spontanée.

2° Comme dans la pachyméningite cervicale, les symptômes

ont consisté en phénomènes douloureux et en une paraplégie incomplète avec atrophie des masses musculaires.

5. Tuberculisation du poumon, du foie, des reins; mal vertébral de Pott; maladie bronzée; hémiplegie flasque des membres du côté droit; ramollissement du pied de la circonvolution frontale ascendante gauche; par Ferdinand DREYFOUS, interne des hôpitaux.

Badière, 52 ans, entre le 23 octobre 1877 (service de M. OULMONT) à l'Hôtel-Dieu. Ce vieillard, à la face bronzée, amaigrissement, venait d'être soumis aux plus déplorables conditions hygiéniques : il sort de la prison de Poissy. A son arrivée à l'hôpital, on ne constate que ceci : signes physiques d'emphyse pulmonaire, poussée aiguë de bronchite, caractérisée surtout par l'expectoration abondante, spumeuse et incolore. Il dit avoir depuis trois ans une bronchite chronique. Enfin, il fait remonter aussi à une époque assez reculée l'existence d'une tumeur grosse comme une tête d'enfant, fluctuante qu'il porte à la région fessière gauche.

Dans la nuit du 29 au 30 octobre, il est réveillé par un besoin pressant d'aller à la garde-robe, fait sous lui, essaie de se lever pour aller aux cabinets, et ne peut se soutenir sur son membre inférieur droit; il tombe.

30 et 31. — Le 30, au matin, nous constatons qu'il lui est en effet impossible de se tenir sur sa jambe droite; au contraire, le membre supérieur n'est encore qu'incomplètement paralysé; le malade nous serre encore un peu la main, mais bien moins que du côté opposé. *Pas de paralysie de la face ni d'aphasie.* Cœur : bruit de galop à la pointe; athérome artériel. Albumine dans les urines (chaleur et acide nitrique). Temp. le 31 octobre : matin, 38°6; soir, 39°2.

1^{er} novembre. — La paralysie est complète au membre supérieur; il y a une *hémiplegie flasque* des deux membres du côté droit. Rien à la face ni à la langue; pas d'aphasie, pas d'anesthésie. La température, aujourd'hui et hier, est élevée, mais au sommet gauche du poumon on constate une matité absolue et des râles muqueux; crachats de bronchite; langue humide.

2-3 novembre. — Même état.

1^{er} novembre, matin : T. 38°4. Soir : T. 38°8.

2 — — — T. 39°2. — T. 38°8.

3 — — — T. 38°. — T. 39°.

4 novembre. — Etat général grave; beaucoup d'albumine dans l'urine; la langue reste humide.

5 novembre. — Pas de paralysie faciale.

6 novembre. — Agonie; il ne peut pas parler, prononce des paroles incompréhensibles, mais il remue bien la langue. — Mort dans la nuit du 7 au 8, à deux heures et demie du matin.

AUTOPSIE faite le 9 novembre. *Thorax*: Les *poumons* sont tous les deux d'un poids énorme; ils sont durs, surtout le poumon gauche, au sommet. Un fragment du poumon droit, pris au sommet, surnage, un fragment du poumon gauche pris au même point, tombe au fond de l'eau; le poumon droit est littéralement farci de tubercules jaunes. A gauche, outre l'infiltration tuberculeuse, il y a de la sclérose du poumon, surtout au sommet, avec un grand nombre de petites cavernes au milieu de ce tissu sclérosé. La plèvre est très-épaissie, notamment à la surface du poumon gauche.

Cœur chargé de graisse, fibre musculaire pâle, volume du cœur diminué. Pas de liquide dans le péricarde; léger épaississement du feuillet viscéral.

Abdomen. — *Foie*: Aspect du foie muscade; volume normal; ça et là quelques tubercules jaunâtres. *Rate* très-volumineuse; 480 grammes. Pas d'altération manifeste. *Reins*. — 1° Rein droit: on y constate un nombre considérable de tubercules visibles, soit sur la surface des coupes parallèles ou perpendiculaires à la surface, soit à la surface même du rein, sous la capsule, qui se détache facilement, et laisse voir de petits tubercules blancs-jaunâtres, entourés d'une zone rouge injectée. Dans son épaisseur, ils sont ou isolés ou confluent, plus nombreux dans le labyrinthe et les colonnes de Bertin; 2° L'autre rein n'est qu'une réunion de cavernes contenant une masse caséeuse, de forme pyramidale à base dirigée en haut, occupant exactement les pyramides de Malpighi, tandis qu'il reste à la surface assez de substance corticale pour qu'on y distingue des tubercules jaunes disséminés.

Capsule surrénale droite: Augmentée considérablement de volume, de poids et de consistance (véritable induration scléreuse). Or, la face offrait un teint bronzé assez marqué, et à la face interne des joues et sur la muqueuse de la lèvre inférieure, au niveau de la commissure gauche, il y avait une pigmentation manifeste.

Une ponction, pratiquée dans la tumeur de la région fessière, fait sortir une quantité considérable de pus mal lié. Le couteau, enfoncé dans les corps des vertèbres et dorsales, y pénètre facilement.

Cerveau. Pas de granulations tuberculeuses au niveau de la scissure de Sylvius. Les méninges n'adhèrent point, sauf au niveau du pied de la circonvolution frontale ascendante gauche. En les soulevant sur ce point, on entraîne une sorte de

membrané brun-foncé, qui ressemble à un caillot par sa couleur et sa consistance, sans que nous puissions distinguer s'il siège dans le sinus correspondant. Au-dessous des méninges, voici ce que l'on voit : *un foyer de ramollissement rouge* occupant la partie supérieure évasée de la *circonvolution frontale ascendante*, empiétant en avant sur la première frontale et en arrière sur la partie supérieure du bord antérieur de la circonvolution pariétale ascendante, qui offre aussi un piqueté brun-rouge et une consistance amoindrie. De plus, il y a un ramollissement blanc du *lobule paracentral* tout entier. Telle est la lésion : localisée à la région des centres psychomoteurs des membres et au lobule paracentral. Une section perpendiculaire à la surface démontre nettement que la lésion n'intéresse que l'écorce cérébrale. Les parties centrales et le centre ovale sont intacts.

En résumé : Ramollissement cérébral datant de neuf jours, chez un sujet tuberculeux et cachectique, par conséquent prédispose aux thromboses. Inutile d'insister sur l'importance de cette lésion *corticale* au point de vue de la doctrine des localisations. Elle confirme en tous points les résultats acquis dans ces derniers temps par l'Ecole de la Salpêtrière.

M. DURET dépose sur le bureau de la Société une brochure de M. le docteur Lebreto, de la Havane, intitulée : *Aplicaciones que permite hacer à la fisiologia e a la terapeutica*, et demande que son auteur soit nommé membre correspondant. M. Lebreto est nommé membre correspondant de la Société anatomique.

Séance du 16 novembre 1877.

PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

6. Myxo-sarcome.

M. MARCHAND présente un myxo-sarcome du creux poplité, développé en six mois, sur un jeune homme de 19 ans. Le

nerf sciatique est compris dans la tumeur qui a probablement pris naissance dans la gaine du nerf. L'observation n'a pas été remise.

7. Leucocythémie.

M. ABADIE-TOURNÉ présente des pièces provenant d'un cas de leucocythémie. L'observation n'a pas été remise.

8. Fistule vésico-intestinale ; par P. BRUCHET, interne des hôpitaux.

M. X..., âgé de 67 ans, entre le 6 août 1877 à la Maison municipale de santé dans le service de M. Cruveilhier, suppléé alors par M. NICAISE. Dans les antécédents de ce malade on ne trouve que les accidents ordinaires dus aux calculs biliaires, dont il rendit une assez grande quantité il y a six ou sept ans. Peu de temps après brouchite intense. Depuis lors il avait toujours joui d'une bonne santé.

Le 16 juillet 1877, il éprouva pour la première fois quelques picotements en urinant, et deux jours après la miction était accompagnée du rejet d'un peu de sang. Trois jours plus tard des matières fécales étaient rendues par l'urèthre mêlées à l'urine. Tel est le début parfaitement précisé par le malade, de l'affection qui l'amène à la Maison de santé. Malgré un interrogatoire minutieux et maintes fois répété, nous ne pouvons obtenir aucun autre renseignement qui puisse en éclairer l'étiologie. Il affirme n'avoir jamais éprouvé auparavant de fortes douleurs abdominales, ni de constipation opiniâtre, ni aucun des phénomènes d'un rétrécissement intestinal. Jamais non plus de symptômes de phlegmon de la région iliaque ou pelvienne.

Depuis le début des accidents les matières fécales ont continué à être rendues avec les urines : elles s'y trouvent du reste en abondance variable : un jour il y en a à peine des traces, et l'urine ne laisse alors déposer qu'une matière épaisse, gris-sale, en grande partie formée par du pus ; le lendemain au contraire on retrouve au fond du vase des masses brunâtres, quelquefois liquides et boueuses, quelquefois solides et moulées sur une ouverture étroite. Ces matières dont l'origine et la nature ne sauraient être douteuses paraissent avoir subi toutes les phases de la digestion et viennent par conséquent du gros intestin. En même temps il s'échappe par l'urèthre des gaz qui font bouillonner le liquide. Quand ces gaz passent de l'intestin dans la vessie, le malade dit en avoir très-bien la sensation et il éprouve immédiatement un vif besoin d'uriner. Aussi la miction est-elle

très-fréquente; elle est aussi douloureuse et s'accompagne de forts picotements, surtout à l'extrémité de la verge.

Ces douleurs qui se font sentir pendant la miction ne sont intenses que lorsque des matières fécales sont expulsées par les voies urinaires; elles sont beaucoup moindres quand elles n'apparaissent pas dans l'urine.

La région hypogastrique est aussi douloureuse. La défécation s'accompagne aussi de ténesme vésical et de picotements dans l'urèthre. L'abondance des matières fécales rendues par l'anus est en raison inverse de celle des fèces expulsées par la vessie. Il y a quelque temps une légère quantité de sang a apparu dans les selles normales.

L'état général du malade à son entrée est assez bon; toutes les apparences de la santé sont conservées. — Les fonctions digestives s'exécutent normalement. Le toucher rectal ne révèle absolument rien au sujet du siège et de la nature de la perforation qui doit s'être produite dans une région plus élevée, hypothèse que vient confirmer ce fait que les urines n'ont jamais paru passer par le rectum. L'exploration de la vessie isolée et combinée avec le toucher rectal, ne donne pas plus de renseignements. Une injection poussée dans la vessie est entièrement rendue par la sonde, rien ne passe par l'anus. La palpation de la région hypogastrique ne fait pas percevoir de tumeur. L'état du malade se conserva assez bon pendant les mois d'août et de septembre.

Des moyens palliatifs, tels que des lavages quotidiens de la vessie, l'entretien minutieux des fonctions digestives procurèrent même une notable amélioration des symptômes. Mais bientôt les périodes d'exacerbation devinrent plus fréquentes; les douleurs augmentèrent rapidement d'intensité, devinrent presque continuelles. En même temps l'appétit se perdait et l'amaigrissement faisait de rapides progrès.

15 octobre. — Depuis plusieurs jours le malade ne peut presque rien manger; — les douleurs sont très-vives; — les selles presque exclusivement liquides, renfermant certainement de l'urine. Presque chaque jour le malade vomit après ses repas. — Affaiblissement notable.

25 octobre. — Tous les symptômes se sont aggravés rapidement; le malade dans la journée d'hier a eu une syncope. — Il est demeuré très-affaibli et succombe aujourd'hui.

AUTOPSIE. — Nous ne pouvons prendre que les pièces qui nous intéressent le plus immédiatement, la vessie et l'S iliaque: l'ouverture de l'abdomen nous montre que c'est au niveau de cette dernière qu'existait la communication anormale. — Pas de péritonite.

L'S iliaque dilatée et appliquée sur le sommet de la vessie;

elle forme une masse de consistance résistante paraissant confondue avec le réservoir urinaire; le péritoine passe de l'une à l'autre en les réunissant. — Les pièces sont enlevées et préparées, on remarque les particularités suivantes: entre la vessie qui est petite, ratatinée et l'S iliaque (portion concave en dedans), existe une poche limitée de toutes parts par des fausses membranes faciles à déchirer, cette poche est capable de loger environ une grosse noix.

A ce niveau la paroi gauche de la vessie, près de son sommet, est le siège de deux petites perforations du diamètre d'une lentille et séparées l'une de l'autre par une très-mince languette de paroi vésicale. La face interne de la vessie n'offre aucune autre ulcération, elle est lisse, régulière, sans colonnes charnues, malgré l'épaississement notable des parois.

La portion de l'S iliaque, en rapport avec la vessie par l'intermédiaire de la loge enkystée, est volumineuse, de consistance solide, comme il a été dit, sur une étendue de 6 centimètres; au-dessus et au-dessous d'elle l'intestin s'affaisse sous la pression; la partie supérieure n'est pas énormément dilatée. Cette portion qui est certainement le siège du rétrécissement, est recouverte de gros appendices épiploïques graisseux et en outre d'un amas de graisse plus régulier.

L'intestin est ouvert par son bord externe. La portion qui précède la masse solide est le siège de plusieurs ulcérations plus ou moins profondes en général du diamètre d'une pièce de 50 centimes. A la partie inférieure, elle paraît se terminer en cul-de-sac au niveau de la masse solide, et à ce niveau, en soulevant des replis muqueux très-développés, on découvre une perforation qui admet l'extrémité de l'index et fait communiquer l'intestin avec la poche intermédiaire à lui et à la vessie. Cette première perforation se trouve à la paroi inférieure et près du bord interne de l'S iliaque; un peu plus en dehors en existe une autre analogue, cachée également par les replis muqueux qu'il est nécessaire de soulever pour l'apercevoir.

Le bout inférieur étant également incisé, on voit à la ponction, avec l'extrémité inférieure du rétrécissement, des replis comme valvulaires, plus longs encore et plus développés que ceux que nous remarquons à l'extrémité supérieure. Ces replis sont, du reste, manifestement recouverts par une muqueuse lisse, souple et absolument saine. En les soulevant on aperçoit une large perforation d'un centimètre de diamètre au moins, faisant communiquer ce bout inférieur avec la même poche qui recevait les matières fécales du bout supérieur. De cette poche les pièces se distribuaient donc en partie dans la vessie, en partie dans le rectum, ce qui explique comment

avec un rétrécissement qui paraît très-serré le malade avait encore des garde-robes normales en apparence. Une seconde perforation plus petite, facilite encore la communication entre le bout rectal et le réservoir pathologique.

Quant au point rétréci lui-même il offre en haut, s'ouvrant dans le calibre de l'intestin, un orifice situé comme au fond d'un entonnoir formé par ses replis que nous avons signalés ; un stylet qu'on y fait pénétrer traverse facilement le rétrécissement et apparaît à l'extrémité supérieure en soulevant les replis analogues : ceux-ci forment aussi à l'ouverture inférieure du rétrécissement un infundibulum plus irrégulier, plus long que le supérieur. Le calibre du rétrécissement tout entier est capable d'admettre une grosse plume d'oie ; mais les matières devaient s'y engager bien difficilement, eu égard à ces espèces de valvules qui en masquaient l'entrée.

Ce trajet est incisé et étalé. On reconnaît alors qu'il est tapissé par une muqueuse lisse se continuant avec la face interne des replis dont la face externe se continue avec la muqueuse des deux portions (supérieure et inférieure), adjacentes de l'intestin.

La paroi du rétrécissement a plus d'un centim. d'épaisseur ; mais elle est formée en grande partie par un amas régulier de graisse qui se distingue très-bien de la paroi propre de l'intestin ; celle-ci est, du reste, épaisse aussi, mais ne paraît pas être le siège d'une altération organique qui n'expliquerait pas du reste, l'existence de ces replis si développés et parfaitement souples.

Mais en examinant avec attention la face supérieure du point rétréci, on découvre un petit orifice qui forme l'entrée d'un trajet parallèle au premier trajet central déjà ouvert, lui étant excentrique et supérieur et s'ouvrant comme lui dans le bout inférieur, en s'élargissant peu à peu et paraissant s'y continuer aussi avec la muqueuse intestinale.

On ne pouvait guère désormais songer qu'à une invagination d'une courte portion d'intestin dans l'S iliaque ; les faces péritonéales du cylindre interne et du cylindre moyen, avaient dû adhérer complètement, en produisant cet épaississement de la paroi intestinale. — La cavité muqueuse existant entre la face muqueuse du cylindre moyen et celle du cylindre externe avait en partie disparu par suite du travail inflammatoire et de mortification qui s'était produit au niveau du collet de l'invagination, et à la partie inférieure de celle-ci ; mais le canal excentrique à celui du cylindre interne en était un vestige. Ajoutons enfin pour corroborer cette hypothèse, que nous découvrons au point opposé à ce trajet, c'est-à-dire au-dessous du canal central, un autre trajet

s'ouvrant dans les deux bouts de l'intestin, et se continuant manifestement par son ouverture inférieure du moins avec la muqueuse intestinale.

En outre, au-dessous et au-dessus du rétrécissement, la surface interne de l'intestin était plissée comme ayant subi la rétraction du méso-colon.

Nous ne pensons pas non plus qu'on puisse expliquer autrement la présence de ces longs replis qui pendaient librement dans le bout inférieur. *

9. Névrome amyélinique sous-cutané; par M. DESPRÉS.

M. DESPRÉS présente une petite tumeur enlevée sur une jeune fille de 11 ans : cette tumeur, du volume d'une noix, était située à la partie supérieure du creux poplité et était située immédiatement au-dessous de la peau à laquelle elle adhérait. Elle présentait une grande dureté et a été diagnostiquée tumeur fibreuse. A l'examen on constate qu'il s'agit d'une tumeur ramifiée à petits lobules.

M. DESPRÉS présente cette tumeur qui est congénitale mais a acquis un développement assez rapide depuis 6 mois ; à la naissance elle était grosse comme un pois. Il suivra cette malade et nous verrons si le pronostic des histologistes et des cliniciens peut être aujourd'hui porté d'une manière précise eu égard à la récidive.

M. MALASSEZ. — Le pronostic n'est pas du ressort direct de l'histologie. La bénignité ou la malignité des tumeurs nous sont révélées par l'observation clinique : c'est aux cliniciens qu'il appartient de nous les faire connaître.

Le rôle des histologistes consiste surtout, en présence d'une tumeur, à décrire les tissus qui entrent dans sa composition. Lorsque la science sera assez avancée on pourra peut-être, connaissant la nature histologique d'une tumeur, savoir avec certitude si elle est destinée à récidiver ou non. Pour le moment il est impossible de le faire, au moins dans tous les cas, et ce serait s'exposer à discréditer les recherches micrographiques que de leur demander des résultats qu'elles sont incapables de fournir. Dans tous les cas, toutes les fois que d'après l'examen histologique on peut affirmer la malignité d'une tumeur, c'est en s'appuyant sur des notions révélées antérieurement par la clinique.

Examen histologique de la tumeur précédente, par M. MALASSEZ. — La tumeur est située à la face profonde du derme. A l'œil nu on voit qu'elle est composée de petites masses sphériques ou ovoïdes du volume d'une tête d'épingle à celui d'un

pois. — Au microscope, ces lobules présentent une enveloppe mince formée de tissu conjonctif. Leur intérieur est homogène et constitué par des éléments d'apparence fusiforme coupés en long ou en travers et donnant grossièrement l'aspect d'un sarcôme fasciculé. En dehors de ces lobules relativement volumineux, on en distingue d'autres plus petits, visibles seulement au microscope, disséminés entre les faisceaux du tissu conjonctif. Les uns ont une forme allongée et sont composés par une masse fibrillaire très-fine, sinueuse, dans laquelle sont plongés des noyaux allongés. Ces apparences rappellent tout à fait celles que donne un nerf amyélinique coupé dans le sens de sa longueur. On pourrait à première vue les confondre avec des faisceaux d'éléments fasciculés, coupés dans le sens de leur longueur. Mais en y regardant de plus près, on voit que ce tissu finement fibrillaire, dans lequel sont plongés les noyaux ne donne pas l'aspect d'un enchevêtrement de cellules fusiformes.

Sur d'autres points les petits lobules microscopiques ont une forme arrondie, et présentent, au milieu d'une masse finement granuleuse, des noyaux arrondis. Ces noyaux ne sont pas entourés d'une masse protoplasmique à limites distinctes comme s'il s'agissait d'éléments sarcomateux ou de fibres musculaires lisses coupées en travers. Les éléments qui entrent dans la composition des lobules visibles à l'œil nu, sont tout à fait semblables à ceux qui viennent d'être décrits dans les lobules microscopiques. Il n'y a entre eux qu'une différence de volume. M. Ranvier, à qui les préparations microscopiques ont été soumises, pense que la tumeur toute entière est un *névrome amyélinique*.

M. Castex présente des testicules tuberculeux. L'observation n'a pas été remise.

10. Développement d'un cancroïde sur [une plaque de psoriasis du doigt; par le Dr A. CARTAZ.

Le malade, auquel on a pratiqué l'amputation du doigt pour un épithélioma, est un homme de 40 ans, bien portant, n'ayant jamais eu d'autre affection qu'un psoriasis dont le début remonte à vingt-trois ans. Rien dans les antécédents du côté de sa famille. Le père et la mère n'étaient atteints ni de rhumatismes, ni d'affections cutanées. Pas de scrofule, pas de syphilis.

Le psoriasis a débuté par les coudes, s'est montré ensuite à la plante des pieds et successivement sur différents points du corps. Actuellement on en trouve des traces aux bras, aux deux mains, aux genoux, à la plante des pieds, sur la poitrine

et dans le pli inguinal gauche. Les ongles, surtout aux mains, sont complètement déformés par suite de la maladie. Il y a quinze ans que sont apparus les premiers symptômes d'un emphyseme pulmonaire qui varie d'intensité suivant le plus ou moins d'étendue des poussées cutanées et augmentait notablement sous l'influence de la disparition du psoriasis.

Le psoriasis a déterminé sur la paume des mains et la plante des pieds de grosses écailles verruqueuses, variant de la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'une lentille. Il y a un an au mois de septembre, à la suite de grattages répétés sur une de ces productions siégeant sur la face palmaire de l'annulaire de la main droite, au milieu de la deuxième phalange, il arracha cette écaille et détermina une petite ulcération. L'irritation déterminée par le frottement fit bourgeonner la périphérie. A plusieurs reprises le malade arracha ces bourgeons; mais peu à peu l'ulcération s'étendit, et au mois de mai dernier, il se présentait à la consultation de l'hôpital Saint-Louis, porteur d'une ulcération de la largeur d'une pièce de cinquante centimes. On lui prescrivit des cataplasmes et des frictions à l'huile de cade.

Peu après un médecin crut reconnaître une lésion syphilitique, institua un traitement spécifique et appliqua localement un pansement au diachylon; ce traitement continué pendant un mois n'amena aucune amélioration. Il lui fit alors subir une cautérisation énergique au nitrate d'argent; cette cautérisation fit saigner très-abondamment l'ulcère qui, à partir de ce moment, s'agrandit rapidement.

Cette ulcération mesurait en effet, quand je vis le malade, quatre centimètres de largeur, était arrondie, à bords calleux, cicatriciels, à fond bourgeonnant, saignant au moindre attouchement, présentant tous les caractères du cancroïde. De plus on trouvait un petit ganglion épitrochléen, dur, mobile, indolent, dont le malade ne s'était jamais aperçu. Rien dans l'aisselle. Le diagnostic de cancroïde étant établi, on se décida à enlever le doigt.

L'opération fut pratiquée le 10 novembre par le procédé ovalaire (désarticulation métacarpo-phalangienne). Le malade est, à l'heure qu'il est, aussi bien que possible.

11. Anthracose pulmonaire, broncho-pneumonie chronique chez un fondeur en cuivre; par Charles MAYGRIER, interne des hôpitaux.

Perr... Pierre, âgé de 49 ans, exerçant depuis longtemps la profession de fondeur en cuivre, entre à l'hôpital Saint-Antoine le 12 juin (service de M. MESNET). Cet homme déclare

tousser depuis plusieurs mois, mais il n'y a guère que deux mois qu'il est réellement malade. Il présente tous les signes de la tuberculose chronique : toux fréquente, expectoration purulente, fièvre le soir, sueurs nocturnes, amaigrissement et perte des forces. L'examen de la poitrine donne les résultats suivants : Signes d'induration dans le poumon gauche, et caverne assez considérable au sommet droit.

La maladie fait des progrès assez rapides, et prend tous les caractères de la cachexie tuberculeuse : Fièvre hectique, sueurs profuses, diarrhée, amaigrissement considérable ; l'expectoration augmente et prend les caractères de la purée de pois. *Jamais de crachats noirs.*

Après quatre mois de séjour à l'hôpital, le malade meurt le 26 octobre avec un œdème considérable des membres inférieurs, du scrotum, de la paroi abdominale et un peu d'ascite. Diagnostic porté pendant la vie : Phthisie pulmonaire.

AUTOPSIE. — Les organes splanchniques sont relativement sains, sauf un peu de dégénérescence graisseuse du foie et des reins ; on n'y trouve pas trace de tubercules non plus que dans le péritoine.

Cavité thoracique. Un peu d'hydrothorax, adhérences intimes entre le sommet du poumon droit et la paroi ; on ne peut enlever cet organe qu'en le déchirant. La plèvre présente à sa surface, surtout à la base des poumons, de petits grains blanchâtres, analogues à première vue à des tubercules. Le sommet du poumon droit est détruit par une large caverne à parois anfractueuses, indurées, absolument analogue à une caverne tuberculeuse. Mais ce qui frappe immédiatement dans l'examen des poumons, c'est leur couleur noire, leur dureté et l'aspect très-caractéristique qu'ils présentent ; ils sont, en effet, parsemés de nodules saillants, faciles à énucléer, semblables à de petites balles de plomb incrustées dans le parenchyme pulmonaire. En examinant à l'œil nu la coupe de ces nodules, on constate qu'ils ne sont autre chose que des lobules pulmonaires indurés en masse, et formés par une agglomération de lobules primitifs dont les contours sont parfaitement visibles. Enfin la trame cellulaire du poumon est très-épaissie, surtout à la base du côté droit, et présente une dureté considérable ; en ce point, on voit des tractus fibreux cloisonnant le tissu pulmonaire et lui donnant un aspect typique de pneumonie interstitielle.

L'*examen microscopique* a été fait par M. GOMBAULT, dans le laboratoire de M. CHARCOT. Il a porté plus spécialement sur deux points du tissu malade : sur les parties nodulaires saillantes, d'un aspect si caractéristique, et sur les petites granulations visibles au niveau des plèvres.

4° Des coupes faites au niveau des gros nodules noirs, durcis par l'alcool et colorés par le carmin, présentent les particularités suivantes. On y constate des noyaux de structure fibreuse entourant les bronches et les vaisseaux. Les bronches ne présentent aucune dilatation; elles sont oblitérées par un magma épithélial plus ou moins analogue à de la matière caséuse. Les artères sont oblitérées aussi et présentent les lésions de l'endartérite. Tout autour des bronches et des vaisseaux, le nodule fibreux est infiltré de granulations charbonneuses; il est plus ou moins rapproché des nodules voisins, et dans les points intermédiaires on trouve du tissu pulmonaire à peu près sain.

2° Au niveau des petites granulations, voici ce qu'on observe : D'abord ces granulations ne tiennent pas à la plèvre, mais bien au poumon; elles présentent absolument le même aspect nodulaire et fibreux que les parties décrites précédemment. Nulle part elles ne sont entourées d'une zone embryonnaire, ni de cellules géantes comme dans les noyaux caséux de la tuberculose. Dans le tissu pulmonaire qui les sépare, les parois des alvéoles sont épaissies, mais ne présentent point les lésions de la pneumonie catarrhale; on ne trouve pas, en effet, dans l'intérieur des alvéoles, le produit de desquamation épithéliale; dans quelques points cependant, quelques cellules épithéliales sont détachées et, fait curieux, contiennent très-manifestement des granulations noires.

En résumé, il s'agit d'une *broncho-pneumonie anthracosique*, ayant simulé absolument par ses symptômes et sa marche la tuberculose pulmonaire chronique.

12. Coliques hépatiques; fièvre intermittente hépatique. — Angiocholite suppurée. — Autopsie; par M. F. DARRY, interne des hôpitaux.

Marguerite, 32 ans, ménagère, entre le 8 novembre 1877, à l'Hôtel-Dieu. Cette femme est accouchée il y a un mois de son quatrième enfant. A part une attaque d'éclampsie lors du premier accouchement, les autres grossesses furent exemptes de complication. — Il y a six mois, elle eut, au service de M. le docteur Guibout, des accès de *colique hépatique* avec ictère. — Les jours qui précédèrent le dernier accouchement et l'après-midi qui le suivit, elle eut des phénomènes fébriles. — C'est surtout le surlendemain de l'accouchement qu'elle eut un grand frisson accompagné de douleurs dans le dos et d'une sensation de boule dans le ventre. — La nuit suivante, elle

avait coup sur coup trois grands frissons avec claquement de dents.

A son arrivée à l'hôpital, on remarque un léger degré d'ictère cutané. Les urines sont colorées en brun et les matières fécales décolorées. La malade raconte qu'elle a, le plus souvent vers le soir, de *véritables accès de fièvre avec frisson* au début, puis chaleur, puis sueurs. Elle dit avoir ressenti des douleurs aux deux hypochondres et dans les deux épaules, surtout à gauche. — Le jour de son entrée, pas de fièvre : le foie est douloureux, tuméfié et dépasse de 3 centimètres environ le rebord des fausses côtes.

En présence de ces renseignements et de ces symptômes, le diagnostic porté fut le suivant : *angiocholite calculuse*.

10 novembre. Elle a eu ce matin un accès de fièvre qui a débuté franchement par un grand frisson. T. A. Matin 39°,8. L'urine des 24 heures étant recueillie, la quantité d'*urée* est de 16 à 17 grammes. (Procédé Regnard.)

Soir. Nouveau frisson suivi maintenant de chaleur. Ta. 40°,6.

11 novembre. Matin. T.A. 38°. Soir. T.A. 40°,8. Bronchite intense.

12. Matin : T. 40°,4; soir : T. 40°,1.

Etat typhoïde : teinte ictérique marquée, pas d'hémorrhagies. La respiration est haute et accélérée; la fièvre intense est maintenant continue et non plus par accès.

Impossible d'ausculter la poitrine en arrière, à cause de l'état grave de la malade.

13. Matin : T. 39°; R. 72; ictère de plus en plus marqué. Mort le 13 à 4 heures du soir.

AUTOPSIE faite le 15 novembre 1877 (Résumé). — Rien dans les organes du petit bassin; pas de lymphangite utérine. *Poumons* congestionnés; cœur chargé de graisse et à fibres pâles.

Le *foie* seul mérite d'attirer l'attention : il est volumineux, n'a pas la couleur du foie gras. A sa surface, sur la convexité au niveau de la moitié gauche, un peu de rougeur et quelques vasa aberrantia blanchâtres.

En faisant une section perpendiculaire à la surface et antéro-postérieure, on trouve une quantité d'abcès de volume variable d'un pois à une noisette. Et partout on fait sortir, par la pression du foie, une notable quantité de pus qui sort de canaux à parois béantes et relativement volumineux. Nous verrons que ce sont les canaux biliaires dilatés et enflammés. De plus, on fait aussi sortir par la pression du foie un gravier très-abondant.

Reprenant la face inférieure du foie, nous voyons ceci : la vésicule biliaire, injectée, contient peu de bile et une poignée de gravier. Le canal hépatique a sensiblement le même

volume que la veine porte ; il est perméable et contient du gravier ; la veine porte est perméable aussi. Mais, à la partie la plus reculée de la branche gauche du canal hépatique, au niveau de sa division, est enclavé un gros calcul, inégal à sa face inférieure, lisse et moulé par sa face supérieure sur le canal hépatique, et à son extrémité sur les deux divisions du canal hépatique, dans lesquelles il est enclavé et comme à cheval sur les bifurcations. Son volume est environ celui d'une noix. Enfin, en passant un stylet dans un des canaux qui contiennent du pus, on arrive jusqu'à un point où ce conduit aboutit au canal hépatique, en butant contre un petit calcul qu'il faut déplacer pour faire pénétrer l'instrument dans la grosse branche. De plus, la partie où siègent les abcès est très-nettement celle qui correspond à la distribution de la branche oblitérée du canal hépatique.

On avait donc bien affaire à une angiocholite suppurée et à des *abcès biliaires*.

RÉFLEXIONS. — Je ne ferai remarquer que deux points intéressants :

1° Le diagnostic a pu être porté pendant la vie et confirmé de tous points à l'autopsie ;

2° Il est permis de se demander si l'état puerpéral aurait joué ici un rôle dans l'époque de ces accidents, sinon dans leur nature, en donnant un coup de fouet à une inflammation latente.

12. Kyste de la glande thyroïde ; par AUDOUARD, interne.

La nommée Marguerite Laborie, âgée de 17 ans, est entrée à l'hôpital Beaujon (service de M. GILLETTE), le 13 août 1877, pour être soignée d'une tumeur de la région antérieure du cou. La malade est originaire du Cantal où elle a vécu jusqu'à l'âge de quatorze ans, elle n'est à Paris que depuis deux ans. Dans sa famille, personne n'a de tumeur semblable à la sienne. Elle-même est, du reste, bien constituée et ne présente sur le corps aucune trace de scrofule. Bien réglée depuis l'âge de treize ans. La tumeur cervicale a été remarquée pour la première fois, il y a trois ans. Elle a toujours augmenté de volume, mais lentement et sans produire de gêne de la respiration et de la déglutition. Actuellement, la malade est surtout préoccupée de la déformation qu'elle produit.

Le volume de la tumeur égale celui d'une orange. Elle est située en avant et à droite de la trachée, à laquelle elle adhère intimement. La partie supérieure de la trachée est déviée à gauche et refoulée profondément. Dans les mouvements de déglutition, le larynx et la tumeur se meuvent ensemble. La

voix n'est pas altérée. La peau est lisse, tendue, sans adhérence et sans changement de couleur. La peau est élastique, rénitente et on obtient facilement la fluctuation.

25 août. On ponctionne la tumeur et on retire environ deux cents grammes d'un liquide chocolat. Pas d'injection dans la cavité kystique. Le lendemain, la peau est rouge, douloureuse localement, la malade a de la fièvre.

28 août. Le liquide s'est reproduit rapidement. La tumeur est revenue au même volume. La fièvre et la douleur ont disparu.

3 septembre. Seconde ponction du kyste. On retire 160 grammes de liquide semblable au premier. De nouveau, on observe pendant quelques jours de la fièvre et de la douleur.

14 septembre. Troisième ponction qui donne 100 grammes de liquide plus foncé. La fièvre éclate le soir même. La malade est prise de vomissements. La peau du cou est rouge, et les jours suivants, la tumeur augmente considérablement de volume. La paroi du kyste paraît indurée, et on ne trouve pas de fluctuation.

17 septembre. L'augmentation de la tumeur et des parties périphériques détermine des phénomènes de compression de la trachée qu'on ne peut sentir avec le doigt. Un drain passé dans la tumeur qui ne se vide qu'incomplètement amène un soulagement momentané. Le liquide qui s'écoule est brunâtre, mélangé de caillots sanguins. Lorsqu'on attire la tumeur en soulevant le drain, la malade paraît respirer un peu mieux. La déglutition est gênée. La voix est éteinte, enfin les phénomènes de compression augmentant, la malade succombe à l'asphyxie lente le 19 septembre.

AUTOPSIE. — On ne peut isoler les muscles sous-hyôïdiens du côté droit. Les tissus de la région sont confondus et infiltrés par une matière gélatineuse et lardacée.

Corps thyroïde. — Le lobe gauche a un volume normal. L'isthme est très-étroit. Quant au lobe droit, il est formé d'une 1^{re} partie qui paraît être elle-même atrophiée et de la tumeur kystique. Le kyste n'est relié au lobe que par un pédicule très-étroit dont on ne peut pas déterminer la nature : une branche de l'artère thyroïdienne se rend directement dans ce kyste. Au niveau de la bifurcation de la trachée on trouve quelques ganglions volumineux.

Poumons. — Emphysème en avant et principalement au niveau du bord antérieur. Congestion aux deux bases, sans suffusions sanguinées. — **Cœur.** — Les cavités sont remplies de caillots décolorés. — **Cavité abdominale.** — Rien à noter.

Examen de la tumeur. — La paroi du kyste est épaisse, d'apparence fibreuse : sa face interne est formée de petites

masses blanchâtres, comparables à des fausses membranes ayant un centimètre d'épaisseur. Le liquide de la cavité est séro-purulent et contient des caillots noirâtres assez volumineux. Le peu de connexion de cette tumeur avec le lobe droit du corps thyroïde, peut faire supposer qu'on est en présence d'un ganglion cervical suppuré.

L'examen histologique, fait par M. Malassez, est du plus haut intérêt. La paroi du kyste est formée dans ses couches externes par du tissu conjonctif, présentant en quelques points des portions sarcomateuses et d'autres myxomateuses. Les couches internes sont en dégénérescence graisseuse, ce qui rend l'examen microscopique très-incertain. Cependant on y reconnaît des travées plus transparentes, formées par du tissu conjonctif qui a résisté à la dégénérescence graisseuse. Ces travées limitent des espaces qui, les uns sont remplis complètement par des éléments dégénérés, probablement des cellules épithéliales, et les autres sont tapissés par une couche d'éléments dégénérés semblables à ceux qui remplissent les loges précédentes. Ici, la cavité est comblée par une masse granuleuse dans laquelle on distingue vaguement quelques éléments dégénérés. Les parties correspondent, les premières à des amas épithéliaux pleins; les secondes à des cavités kystiques tapissées par un revêtement épithélial. En sorte que la tumeur est probablement un de ces épithéliomas décrits par M. Cornil, présentant des portions kystiques et des masses épithéliales pleines, le tout soutenu par un stroma fibreux.

Quant à la cavité centrale, on ne saurait dire, si elle résulte d'un ramollissement des tissus, ou si elle est due à une formation kystique plus complète que celles qui ont été constatées dans les parois. Il est très-probable que la tumeur appartient au corps thyroïde, mais les portions soumises à l'examen ne ressemblent pas au tissu du corps thyroïde.

Séance du 23 novembre 1877.

PRÉSIDENTE DE M. CHARCOT.

14. Lésions du cerveau chez une épileptique; absence du lobule pariétal inférieur du côté droit sans troubles oculaires du côté opposé; par M. le D^r Clovis GALLOPAIN, médecin-adjoint de l'asile d'aliénés d'Evreux.

Imbécillité; épilepsie; pas de troubles oculaires; pendant les six derniers mois: céphalalgies, vomissements, somnolence, attaques apoplectiformes, hémiplegie droite. — Cancer encéphaloïde du lobe frontal gauche ayant fait irruption dans le ventricule latéral et le 3^e ventricule. Absence de développement du pli courbe et du lobule du pli courbe du côté droit (1).

Guillem, Julie-Louise, âgée de 39 ans, est entrée à l'asile d'aliénés d'Evreux, le 18 mai 1875. Cette malade a été admise à la Salpêtrière le 6 novembre 1851 (elle avait alors environ 13 ans); sortie de cet hospice le 4 juillet 1860, elle y est entrée une seconde fois le 29 juin 1861, et y est restée jusqu'au moment où elle a été transférée à l'asile d'Evreux. M. le D^r Moreau, sur son certificat, déclare cette malade atteinte d'épilepsie.

Guille... est une imbécile qui ne connaît pas son âge et n'a aucune initiative; on est obligé de la surveiller et de la diriger dans tous ses actes; elle est cependant calme et se laisse facilement conduire. Pendant deux ans, on n'a observé chez elle que des attaques de *petit mal* consistant en vertiges accompagnés de quelques soubresauts dans les membres, et plus souvent de convulsions dans les muscles de la face; ses attaques n'ont jamais été suivies d'agitation. Elle a un léger embarras de la parole et traîne un peu la jambe gauche. Pas de troubles oculaires. La figure est asymétrique.

4 mai 1877. — Guille... a eu aujourd'hui trois violentes at-

(1) Voir trois dessins dans l'Album de la Société.

taques qui n'ont pas été précédées de cri et qui ont consisté en : chute, perte de connaissance, convulsions cloniques, état comateux ; elle s'est profondément mordu la langue.

5 *mai*. — Deux attaques. — 9 *mai*. — Trois attaques semblables à celles du 4. Ces attaques n'ont point été suivies d'agitation, mais d'une hébétude très-prononcée. Depuis ces attaques, Guille... s'est continuellement plainte de céphalalgies plus ou moins violentes, affectant particulièrement le côté gauche.

15 *juillet*. — Guille... accuse une céphalalgie opiniâtre, prononcée surtout à gauche, une somnolence continue qui lui fait garder constamment le lit, des nausées, quelquefois des vomissements ; cet état a duré plus d'un mois. Souvent, on la surprenait se frappant le côté gauche de la tête avec le poing.

7 *août*. — Même état ; constipation. — Eau de Sedlitz. —

8 *août*. — Lavement purgatif ; tisane d'orge. — 13 *août*. — Guille... va un peu mieux et peut se lever ; souffre de la tête, somnolence.

23 *août*. — Guille... a eu aujourd'hui dix ou douze attaques apoplectiformes précédées ou accompagnées de vomissements et consistant principalement en perte de connaissance, résolution musculaire, immobilité, face vultueuse.

24 *août*. — On constate une paralysie du côté droit ; déviation de la bouche et des traits à gauche ; chute de la paupière supérieure droite ; la sensibilité est exagérée à droite ; pouls fort, large ; sueurs générales ; somnolence.

25 et 26 *août*. — Même état ; ne peut prendre aucun aliment. — 27 *août*. — Coma. — 28 *août*. — L'état comateux se prononce davantage ; cependant, Guille... sort encore un peu de sa somnolence quand on l'excite par la douleur ; pouls très-fort, large ; face vultueuse. — Saignée de 200 grammes ;
 Lavement

} huile de croton....	1 goutte.
} sulfate de soude....	15 grammes.

29 *août*. — Guille... va mieux ; l'état comateux est à peu près disparu. — Potion : poudre de digitale 0,10 centigr.

30 *août*. — L'amélioration continue. — Potion : poudre de digitale 0,10 centigr.

4 *septembre*. — Guille... peut se lever, commence à se servir de ses membres paralysés ; gâteuse.

15 *septembre*. — Guille... se sert assez bien de son bras droit ; mais elle ne peut marcher sans aide ; se plaint toujours de céphalalgie et se frappe souvent le côté gauche de la tête ; tendance continue au sommeil.

27 *septembre*. — Somnolence ; céphalalgie ; nausées, vomissements ; plusieurs attaques apoplectiformes légères ; sueurs.

Cerveau.—Hémisphère droit. (Poids 311 gr.) La première circonvolution frontale est très-volumineuse et occupe à elle seule presque la moitié de la face externe du lobe frontal; elle se bifurque en arrière, à la partie moyenne de sa longueur: la bifurcation inférieure, arrivée à la frontale ascendante, se recourbe en bas et se termine par une lame mince de 2 mm. d'épaisseur. L'insula a un aspect lisse et ne présente à sa surface aucune apparence de circonvolution. La circonvolution frontale ascendante est divisée à sa partie moyenne en deux

tronçons par un sillon ; le tronçon inférieur est lui-même coupé en deux par un second sillon.

A la place du lobule pariétal inférieur se trouve une excavation profonde, ovulaire, à bords taillés à pic, allongée dans le sens antéro-postérieur, et s'étendant depuis la scissure de Sylvius en avant jusqu'à la scissure pariéto-occipitale en arrière ; son bord supérieur est situé à 3 centimètres de la scissure inter-hémisphérique. Cette excavation a 6 centim. de long, 2 centim. $1/2$ de large à sa partie moyenne, et près de 2 centim. de profondeur, son fond est une surface plane qui correspond, dans son tiers antérieur, à la face externe du corps strié ; dans la partie postérieure, l'excavation est séparée du ventricule latéral par une membrane de 1 à 2 mm. d'épaisseur.

La circonvolution pariétale ascendante n'existe que sur une longueur de 2 centim. $1/2$: assez développée dans sa moitié supérieure, elle est très-grêle (4 mm. d'épaisseur) dans sa moitié inférieure ; sa limite inférieure est marquée par le bord supérieur de l'excavation : à ce niveau, la substance nerveuse n'existe que sous forme d'une très-mince et étroite languette ; une lame fibreuse, constituée par l'adossement des deux feuillets de la pie-mère, fait suite à cette circonvolution et contourne l'extrémité antérieure de la cavité. Les circonvolutions, qui se dirigent vers l'excavation, et notamment la première circonvolution temporale, s'y terminent de même sous forme de lamelles fibreuses qui se recourbent de façon à border la cavité dans presque toute son étendue.

En résumé, cette excavation résulte de l'absence de développement des deux tiers inférieurs de la pariétale ascendante, de l'extrémité supérieure de la 1^{re} circonvolution temporale et surtout du pli courbe et du lobule du pli courbe dont il n'existe aucun vestige. Le lobule pariétal supérieur est normal. La scissure pariéto-occipitale supérieure est très-développée. Le lobule paracentral présente un développement considérable : il est de forme triangulaire, a une hauteur de 3 centimètres et une base périphérique de 4 c. 8. Ce lobule est divisé en deux parties inégales par une fossette verticale coupé à sa partie inférieure par un sillon oblique.

Hémisphère gauche. (531 gr.). Dans la plus grande partie de la face externe du lobe frontal, sur une longueur de 7 c. $1/2$ et une largeur transversale de 6 cent., la pie-mère est tellement adhérente au tissu sous-jacent, qu'il est impossible de la détacher. Cette surface comprend la deuxième circonvolution frontale, qui présente un développement très-considérable et la bifurcation inférieure de la première dans une partie de son étendue ; cette dernière circonvolution est, du reste, atrophiée.

La partie antérieure et supérieure de cette surface est constituée par une plaque lisse, d'un blanc laiteux, ayant les dimensions d'une pièce de 2 francs.

La troisième circonvolution frontale est normale, quoique déjetée en bas et en dedans par le développement exagéré de la deuxième. L'insula est très-volumineux et composé de cinq circonvolutions formant un lobule très-saillant, allongé dans le sens antéro-postérieur et présentant une crête qui proémine à travers les lèvres de la scissure de Sylvius. La circonvolution pariétale ascendante est amincie à son extrémité supérieure. Le lobule paracentral est moins développé qu'à droite, il n'est limité en avant que par un sillon très-court; sa hauteur est de 3 centimètres et sa base périphérique a 3 centimètres; sa surface est divisée par un sillon vertical qui est coupé à sa partie inférieure par une fossette assez profonde.

Une masse charnue, très-molle, d'un blanc rosé remplit le ventricule latéral depuis la queue du noyau caudé jusqu'à l'extrémité antérieure de la corne frontale; cette production, passant par le trou de Monro, va combler le troisième ventricule. Après avoir ouvert le ventricule latéral, nous constatons que la tumeur a fait irruption dans cette cavité par la voûte du ventricule, et qu'à ce niveau se trouve un pédicule, régulièrement arrondi, de 3 centimètres de diamètre. Entre la tumeur et le noyau caudé se trouvent plusieurs petits caillots sanguins: l'un d'eux a la grosseur d'une noisette; un autre petit caillot se trouve dans la cavité digitale. Une coupe, pratiquée de dedans en dehors, au milieu de la tumeur nous permet de voir que le centre de celle-ci est constitué par un tissu jaune, résistant, infiltré de granulations calcaires; autour de ce noyau, se trouve le tissu rosé, mou, déjà décrit, lequel est mêlé à de nombreux petits caillots sanguins. Une seconde coupe, pratiquée de dehors en dedans, au centre de la plaque lisse, signalée à la partie antérieure et supérieure du lobe frontal, fait constater un noyau de la grosseur d'un marron, constitué par un tissu blanc laiteux, très-résistant et infiltré de granulations calcaires. La substance corticale (très-altérée du reste) de la deuxième circonvolution frontale et la pie-mère, qui lui est intimement adhérente, forment une mince coque recouvrant un tissu pulpeux, mélangé de caillots sanguins.

Nous avons vu que la portion altérée du lobe frontal est limitée par la troisième circonvolution frontale, en haut par la première circonvolution frontale, dans une partie seulement de son épaisseur; elle l'est, en avant, par une coupe faite à 0,02 cent. du sommet du lobe, et en arrière par une coupe pas-

sant par les pieds des circonvolutions frontales ; dans toute cette étendue, la substance blanche et la substance grise sont complètement détruites ou altérées.

Cervelet et bulbe (130 gr.). Le cervelet ne présente rien de particulier. Le plancher du quatrième ventricule présente des arborisations vasculaires anormales.

Le cœur ne présente pas de lésions d'orifices, ses cavités sont remplies de caillots sanguins. Quelques tubercules au sommet du poumon droit. Autres viscères sains.

15. Phthisie urinaire. — Intégrité de tous les autres appareils. — Mort par urémie dyspnéique ; par CHAMPETIER DE RIBES, interne des hôpitaux.

Estenger, Alfred, âgé de 18 ans, entre dans le service de M. MOUTARD-MARTIN, le 19 novembre 1877, salle St-François, n° 14. Il est très-chétif, très-maigre, on ne lui donnerait pas plus de douze à quatorze ans. Ce qui frappe tout d'abord en lui, c'est la manière dont il respire : quoique l'air entre facilement dans sa poitrine, l'inspiration s'accompagne d'un effort violent ; l'expiration est courte et plaintive ; toutes les inspirations sont égales, toutes sont également laborieuses et profondes, la respiration est bruyante. On ne trouve ni dans le cœur, ni dans les organes respiratoires la cause de cette dyspnée. Le 19 novembre, à 5 heures du soir, P. 106. T. R. 38°. Le nombre des mouvements respiratoires est de 38 dans une minute.

Les yeux sont brillants, les pupilles contractées ; l'intelligence est très-nette ; le malade parle d'une voix entrecoupée, chevrotante, comme accompagnée de sanglots ; il n'a pas la moindre sensation de frisson. La maladie a débuté brusquement le samedi 10 novembre. Le soir de ce jour, en rentrant de son travail, il eut un éblouissement et tomba sans connaissance ; il ne peut préciser la durée de cet évanouissement mais il assure n'avoir eu ni vomissements, ni convulsions ; quand il revint à lui, il n'avait pas de paralysie et souffrait seulement d'une céphalalgie frontale vive, qui persista pendant deux jours. Puis, peu à peu, survint de la gêne dans la respiration en même temps qu'une douleur très-grande dans les régions lombaires avec irradiation le long du trajet des deux uretères, et une sensibilité très-vive de la région hypogastrique, au-dessus de l'arcade pubienne.

Ces douleurs persistent actuellement ; le malade gémit quand on presse sur les régions correspondant aux reins ou à la vessie ; les mouvements du tronc et même ceux des membres inférieurs lui arrachent des plaintes bien que les articu-

lations soient indemnes. Nous ne trouvons pas de gonflement des régions lombaires, ni d'œdème des parties superficielles.

La mère de ce jeune homme est morte phthisique il y a deux ans. Lui-même n'a jamais toussé, n'a jamais eu d'hémoptysie. Dès l'âge de huit ans, il a eu le ventre gros, des maux de reins, des sensations de chaleur pénible derrière le pubis et il a éprouvé des troubles dans la miction : tantôt celle-ci était difficile et douloureuse; tantôt, au contraire, l'urines'écoulait sans que l'enfant pût la retenir, et avant qu'il eût pris ses précautions pour ne pas souiller ses vêtements. Il y a trois ans, c'est-à-dire à l'âge de 15 ans, le malade eut une hématurie peu abondante, survenant à la fin d'une miction; le sang était pur, l'urine de ce jour là en contenait un peu, mais on n'en vit plus le lendemain et on n'y attacha pas d'importance, son père et lui remarquèrent cependant, dès cette époque, que son urine était trouble et laissait au fond du vase un dépôt jaunâtre.

Depuis ce temps, l'état de ce jeune homme resta le même; ses vêtements étaient souvent tachés d'une urine jaune et fétide, souvent la miction était douloureuse, il éprouvait fréquemment des douleurs dans les reins et dans le bas ventre, il avait peu de vigueur, mais à condition de ne pas se livrer à un travail fatigant, il n'était jamais obligé de s'arrêter. Il y a un mois, il pissait quelques gouttes de sang, mais ce phénomène passager attira à peine son attention. L'urine que nous voyons est trouble et décolorée, jaune sale, laissant déposer; sans s'éclaircir, un abondant précipité purulent. Ce sont là, les caractères que M. le professeur Guyon assigne à l'*urine des maladies rénales*.

20 novembre, matin. T. R. 37°; P. 96. — La respiration présente les mêmes caractères qu'hier soir. Quelques râles ronflants et muqueux dans la poitrine. Le poulx est petit. Le malade s'est plaint toute la nuit sans délirer. Il a grand soif, boit de la tisane et du bouillon sans vomir; il n'a pas pris d'autres aliments que ceux-là depuis le début de sa maladie. — Soir. T. R. 37°,6. Même état. Les inspirations sont moins fréquentes, mais s'accompagnent d'un effort aussi violent.

21 novembre, matin. T. R. 37°. Le malade n'a pas uriné depuis hier matin. Le ventre est plat, la vessie ne contient pas d'urine. Le poulx est extrêmement misérable. La dyspnée est la même. Prostration très-grande. Soir. T. R. 36°,8.

23 novembre, matin. A la visite. T. R. 36°,3. Agonie. Le malade a été agité cette nuit, il se découvrait continuellement; il a laissé un peu d'urine s'écouler sous lui; pas d'attaques convulsives. Les inspirations toujours aussi profondes sont extrêmement rares. — Mort à 10 heures du matin.

AUTOPSIE, le 23 novembre, à 10 heures du matin. Les poumons, les plèvres, le cerveau, les méninges, le péritoine et tous les organes sont examinés avec le plus grand soin ; on ne trouve nulle part ni granulations tuberculeuses, ni tubercules, ni aucune autre lésion. Les organes génitaux y compris l'urèthre sont absolument sains. On ne trouve d'altérations que dans les voies urinaires.

Reins. Uretères. — Les deux reins présentent les mêmes lésions ; ils forment de chaque côté une poche fluctuante ; leur volume dépasse le double de l'état normal ; dans le tissu graisseux, peu abondant, qui les entoure, on trouve par places un peu de pus infiltré, provenant de la rupture de cavernes superficielles. — Les deux uretères, très-dilatés, ont plus de deux centimètres de diamètre ; ils arrivent jusqu'à la vessie conservant dans tout leur trajet ce volume considérable, sans qu'aucun obstacle pouvant les comprimer, nous explique leur dilatation ; au-dessous du bas-fond vésical, de chaque côté, ils présentent une ampoule volumineuse, en forme de cul-de-sac. Les parois de ces canaux, redevenues de dimension normale quelques millimètres avant leur abouchement dans le réservoir urinaire, sont accolées l'une à l'autre au niveau du trajet que parcourent les conduits dans l'épaisseur de la vessie, si bien que celle-ci une fois vidée, l'urine qui gonfle les uretères ne s'écoule pas ; leur orifice vésical est cependant normal, aucun corps étranger n'en oblitère l'ouverture.

Une coupe des reins montre les lésions de l'hydropyonephrose arrivée à un degré très-avancé ; le tissu de l'organe est réduit à une coque d'un centimètre d'épaisseur. La muqueuse qui tapisse les calices, les bassinets et les uretères, énormément dilatés, est rouge et injectée, mais ne présente ni granulations tuberculeuses, ni ulcérations. Dans la substance rénale, on trouve de petits foyers tuberculeux à divers états ; les uns forment de véritables petites cavernes remplies de pus crémeux, d'autres sont pleins de matière caséuse ; d'autres, enfin, sont constitués par des amas de granulations non ramollies. Il y a, en outre, un grand nombre de granulations disséminées.

Vessie. — La capacité du réservoir est augmentée ; ses parois sont légèrement épaissies ; la muqueuse est injectée. Un semis de fines granulations occupe tout le bas-fond faisant une légère saillie sous l'épithélium ; elles sont nombreuses, surtout autour du col vésical et des orifices des uretères ; elles ont absolument l'aspect de granulations grises si communes à la surface de la plèvre. En outre, sur toute la surface interne de la vessie, on trouve une quantité considérable de taches ecchymotiques d'un rouge noirâtre, généralement

arrondies, quelques-unes irrégulières, comme étoilées..., leur étendue est variable, le plus grand nombre a les dimensions d'une lentille; elles ne font pas de saillie sous l'épithélium, ne changeant pas d'aspect sous un filet d'eau; et sont contenues dans l'épaisseur de la muqueuse. En aucun point, la muqueuse vésicale n'est ulcérée.

L'urine en quantité considérable retenue dans les canaux excréteurs est absolument semblable à celle que nous avons observée pendant la vie.

En résumé, tuberculose des reins ayant amené la production de cavernes: les unes vidées dans les canaux excréteurs et confondues avec eux, les autres contenues dans le parenchyme de l'organe et parfaitement fermées; d'autres, enfin, en petit nombre, récemment ouvertes à l'extérieur dans l'atmosphère cellulaire.

Granulations grises sous-épithéliales et ecchymoses de la muqueuse vésicale. Dilatation considérable des calices, des bassinets et des uretères sans que ces canaux présentent de lésions tuberculeuses. Au point de vue symptomatique, urémie à forme dyspnéique. Un point à discuter dans cette observation nous paraît être la pathogénie de la dilatation des canaux excréteurs de l'urine. On ne peut invoquer ici pour l'expliquer un état de contracture de la vessie, car la capacité du réservoir est augmentée, ses parois n'étant que médiocrement épaissies. D'autre part, il n'y a d'obstacle ni au niveau du col vésical ni dans l'urèthre. La portion des uretères comprise dans l'épaisseur des parois de la vessie, est la seule dont le calibre soit normal, et il nous semble que c'est là qu'a dû exister primitivement un obstacle au-dessus duquel toutes les voies urinaires se sont dilatées. Nous croyons qu'on peut admettre que des caillots ou des débris caséeux, arrêtés dans les dernières portions des uretères, ont été la cause première d'une gêne au cours de l'urine, gêne dont la persistance a pu être entretenue par la formation, au niveau du bas-fond vésical, des culs-de-sac que nous avons signalés.

16. Reins kystiques; par M. LATASTE.

M. LATASTE présente des reins kystiques. Il y avait aussi quelques kystes dans le foie. — (L'observation n'a pas été remise).

M. MALASSEZ. — La dégénérescence kystique des reins n'est pas très-rare, et le plus souvent, comme dans le cas qui vient d'être présenté par M. Lataste, on trouve également des kystes dans le foie. Le mode de formation des kystes est très-

difficile à étudier dans le rein; il est plus facile de se rendre compte de leur origine et de leur évolution dans le foie. Voici alors ce qu'on observe: au début, on constate un peu de cirrhose périlobulaire et, dans les *espaces* élargis, on remarque des réseaux de canaux biliaires plus nombreux qu'à l'état normal et de diamètres très-inégaux, mais toujours tapissés par un revêtement continu d'épithélium cylindrique. Parmi ces canaux il en est d'extrêmement dilatés qui paraissent être l'origine des kystes. Plus tard, ils s'accroissent, deviennent visibles à l'œil nu et peuvent acquérir de grandes dimensions. Ils conservent toujours leur revêtement épithélial continu. Il n'est pas certain que tous ces kystes se développent aux dépens des canaux biliaires préexistants. Il serait possible qu'ils fussent le résultat d'une néoformation complète. Ce sont là deux théories entre lesquelles il est, pour le moment, fort difficile de se prononcer.

17. Fracture du col du fémur. — Pénétration des fragments.
— Eclatement du grand trochanter; par M. BUTRUILLE, interne provisoire.

Mart... Louis, 71 ans, tailleur, entre à l'Hôpital Temporaire (service de M. NICAISE) le 26 octobre 1877. Il est tombé dimanche dernier en descendant les dernières marches d'un escalier. Le choc a porté sur la région du grand trochanter, le malade n'a pu ni se relever, ni marcher depuis.

A son entrée, la jambe gauche est dans la rotation en dehors, le pied repose sur le lit par son bord externe; le pli inguinal est saillant. Pas d'allongement ni de raccourcissement appréciable. Le malade peut soulever la jambe malade. On porte le diagnostic de *fracture du col du fémur* avec pénétration. Etat général mauvais, peau chaude, langue sèche couverte de fuliginosités, mais pas de signes d'affection thoracique. Rien d'anormal dans les urines.

Les jours suivants, l'état général reste mauvais, le malade a du délire; un soir même il se lève et fait quelques pas en se tenant aux barreaux de son lit. L'exploration de la région avait déjà fait voir qu'il était possible d'imprimer quelques mouvements à l'articulation coxo-fémorale. On renonce à employer le traitement d'Astley Cooper à cause de l'état cérébral du malade.

Vers les premiers jours de novembre, on constate au sommet gauche de la poitrine de la matité, du souffle et une augmentation des vibrations thoraciques. Le malade a toujours une température très-élevée 39°,5 à 40°, il tousse et crache, mais

rien de caractéristique dans ces crachats. Vésicatoire, potion de Todd. De plus, eschare au sacrum.

10 novembre. Mêmes signes d'auscultation et de percussion, l'eschare du sacrum augmente en étendue et s'entoure d'une rougeur érysipélateuse. Le malade présente toujours le même état général, on peut à peine le remuer dans son lit.

Jusqu'au 18 novembre, jour de la mort, l'état s'aggrave continuellement : toux fréquente avec expectoration purulente, peau chaude, langue sèche et fuligineuse. L'eschare et l'érysipèle qui l'entoure ont gagné en surface. Mort le 18 novembre.

AUTOPSIE. — Le poumon gauche présente dans toute son étendue les lésions de la pneumonie arrivée à sa période d'hépatisation grise. Le sommet présente des adhérences avec la paroi thoracique et est réduit en une lame mince de tissu pulmonaire circonscrivant une caverne du volume d'un œuf de poule. Ni tubercule, ni granulations tuberculeuses. Cette caverne est bien le résultat de l'élimination d'un noyau de pneumonie grise. Congestion hypostatique à la base du poumon droit. — Le foie, la rate, les reins et la vessie ne présentent aucune lésion.

Col du fémur et articulation coxo-fémorale. Les tissus péri-articulaires ne présentent rien si ce n'est un peu d'épanchement en arrière, au niveau des muscles fessiers. A ce niveau on trouve une infiltration gélatineuse jaunâtre, indice d'un léger travail irritatif. La cavité cotyloïde et son bourrelet cartilagineux sont intacts ; légère rougeur de la masse graisseuse qui remplit le fond de la cavité cotyloïde.

La capsule fibreuse de l'articulation est intacte dans toute son étendue. La fracture est extra-capsulaire ; en avant, elle se trouve sur la limite du repli synovial. Le trait de fracture relie en avant les deux trochanters limitant vers le milieu de ce trajet un petit fragment angulaire qui se continue avec le fémur, le grand trochanter est détaché presque en entier, la fracture part de l'angle antérieur de cette tubérosité et descend obliquement vers le bord postérieur qui se trouve détaché horizontalement. En arrière, la partie postérieure du col s'enfonce dans le grand trochanter, de là l'éclatement de cette portion osseuse. En outre, sur la ligne oblique qui relie les deux trochanters se trouve un fragment détaché du fémur, auquel il adhère encore et qui recouvre la face postérieure du col. Ce fragment semble bien avoir été détaché par pénétration. Quant au grand trochanter, il est détaché de l'os en dedans par le trait de fracture que nous avons décrit, en dehors par un autre trait qui relie les extrémités du précédent. La chute a dû jouer un certain rôle pour produire la fracture du grand

trochanter ; cette tubérosité étant alors comprimée entre le sol et le col du fémur.

L'inclinaison du col du fémur sur l'axe fémoral a été diminuée, l'angle obtus interne ayant augmenté. En effet, au niveau du bord supérieur du col, il y a pénétration et, au niveau du bord inférieur, on constate un écartement d'un $\frac{1}{2}$ centimètre. De plus, le col fait avec le corps du fémur un angle saillant en avant, dont le sommet se trouve être au niveau de la base du col. On constate, en effet, à ce niveau un écartement de deux fragments. Le grand trochanter déplacé et porté en arrière et en dedans regarde par sa face externe en arrière et en dehors ; pressé entre le sol et le fragment supérieur du fémur, il s'est fracturé et a glissé en arrière. Le trait de fracture du grand trochanter présente au niveau de l'angle antérieur du bord supérieur un écartement de 1 centimètre. Cet écartement va en diminuant à mesure qu'il se rapproche du bord postérieur. Enfin, lorsque les parties molles sont enlevées, les fragments restent en place et présentent une mobilité assez marquée.

Une coupe dirigée suivant l'axe du col du fémur permet de comprendre, mieux encore, les détails de cette pièce : on constate, en effet, la division bien nette des deux fragments et l'éclatement du grand trochanter ; la partie supérieure du fragment inférieur présente une concavité dans laquelle est reçu le fragment supérieur, le bord inférieur du col du fémur est circonscrit par le tissu spongieux du fragment inférieur dans une étendue de trois centimètres. Il est, sur cette coupe, facile de comprendre comment le malade pouvait remuer le membre inférieur et même marcher, et il est regrettable que l'état cérébral du malade n'ait point permis d'instituer le traitement d'Astley Cooper.

Séance du 30 novembre 1877.

PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

18. Nécrose phosphorée des deux maxillaires supérieurs; par
CHUQUET, interne des hôpitaux.

Joséphine P... est entrée le 13 septembre 1877, salle Saint-Augustin, n° 11 (service de M. VERNEUIL, suppléé par M. Pozzi). Pas d'antécédents scrofuleux, pas de maladies antérieures. Depuis l'âge de 17 ans, elle met des allumettes chimiques en boîte. Dans la fabrique où elle travaillait, elle n'a été sujette à aucune indisposition.

Le début de l'affection qui l'amène à l'hôpital remonte à 11 mois. De violentes douleurs se font sentir dans la tête et la joue enflé. Quatre jours après, la gencive du même côté devient rouge et tuméfiée. Trois semaines après, la joue et le genou de l'autre côté se prennent, le nez lui-même est envahi par la tuméfaction et du pus s'écoule par la narine droite. La malade rend par la bouche des crachats que, par la couleur, elle compare à du vert de gris.

Aujourd'hui, 15 septembre, la face est déformée, la joue droite et l'aile du nez sont tuméfiées. La voûte palatine présente un aspect singulier. Au centre, existe une dépression linéaire, de chaque côté, deux saillies longitudinales : ce qui fait que la malade se figure avoir un trou au centre de la voûte palatine. Quand on appuie sur les parties tuméfiées, la sensation est celle d'un corps solide. Les maxillaires apparaissent dénudés sur les parties latérales et en avant, ressemblent à une mâchoire de squelette. La mobilité est complète à gauche, au contraire, à droite le maxillaire ne présente point ce signe. Avant le début de l'affection, la malade n'avait aucune dent gâtée, depuis lors, les unes après les autres cessant d'être maintenues solidement dans l'alvéole, ont été arrachées par la malade ou sont tombées d'elles-mêmes. Rien d'anormal dans les viscères.

M. Pozzi enlève avec une pince le séquestre du maxillaire gauche, comme le maxillaire droit est encore adhérent, il fait une incision de la lèvre au niveau du sillon naso-labial, descen-

dant verticalement jusqu'au bord libre et sectionne le petit pont osseux qui unit l'os malade à l'os sain. Après l'opération, la muqueuse palatine non entamée continue à former une cloison entre la bouche et les fosses nasales; il existe, des deux côtés sur les parties latérales, un pertuis qui met les deux cavités en communication. Le séquestre enlevé comprend toute la moitié inférieure des deux maxillaires. La pièce a été déposée au musée Dupuytren.

La malade part à la fin du mois de novembre. Les fosses nasales communiquent encore avec la cavité buccale par un petit orifice. Du pus s'écoule toujours par la narine droite, ce qui laisse supposer que la guérison n'est pas complète.

M. HOUËL fait remarquer l'intérêt de cette pièce. Il est très-rare, en effet, que la nécrose phosphorée siège sur les maxillaires supérieurs.

19. Transformation kystique complète du rein gauche d'origine congénitale probable; par M. CH. TALAMON, interne des hôpitaux.

H... Henriette, âgée de 5 ans et demi, entrée le 24 novembre 1877, à l'hôpital Ste-Eugénie (service de M. TRIBOULET), salle Ste-Marguerite, n° 14.

Cette enfant, atteinte du croup depuis trois jours, fut apportée à l'hôpital à la période d'asphyxie, et opérée immédiatement. Le lendemain matin, on constata l'existence dans le flanc gauche d'une tumeur arrondie, se limitant facilement par la palpation, et ayant à peu près le volume d'une tête de fœtus à terme. Les renseignements donnés sur cette tumeur se bornent à ces quelques détails: C'est vers l'âge de cinq ou six mois que la mère s'aperçut du développement d'une grosseur dans le ventre de l'enfant. Elle ne saurait dire si cette grosseur existait auparavant, la petite fille étant élevée en nourrice. L'enfant n'a jamais accusé de douleur au niveau de la tumeur et n'a jamais eu le moindre trouble du côté des fonctions urinaires. — L'urine, recueillie douze heures après la trachéotomie, était d'un jaune un peu trouble, et donnait par la chaleur et par l'acide nitrique, un précipité d'albumine très-abondant. — L'enfant mourut asphyxiée vers neuf heures et demie du soir.

AUTOPSIE faite trente-six heures après la mort. — Le pharynx et le larynx étaient tapissés de fausses membranes gris-vertâtres, purulentes, les divers organes offraient les lésions et l'aspect qu'on trouve habituellement dans la diphthérie. Voici quel était l'état de l'appareil urinaire.

La vessie, de volume ordinaire, contenait un peu d'urine. Les embouchures des deux uretères étaient perméables et comme à l'état normal. *Le rein droit* avait au moins le double du volume habituel à cet âge; il mesurait 10 centimètres de long sur 5 de large. Il était d'ailleurs de couleur jaune-roux, de consistance molle manifestement graisseuse dans sa totalité; la capsule s'enlevait facilement; aucune apparence de kyste.

Le rein gauche était remplacé par une tumeur volumineuse, un peu ovoïde, ayant 16 cent. dans son plus grand diamètre 13 cent. suivant son diamètre transversal, et 35 cent. de circonférence. Cette tumeur est surmontée par la capsule surrénale qui a gardé son volume et son aspect normal; elle refoule en haut et en arrière la rate, qui est petite, rouge, nullement modifiée dans son apparence extérieure. Au devant, passe le colon descendant qui n'adhère en aucun point à la tumeur. Celle-ci, en effet, enveloppée par l'atmosphère cellulaire rénale, a conservé son indépendance à l'égard des autres organes de la cavité abdominale; on la décolle très-facilement de toutes les parties environnantes, et elle ne reste plus attachée au corps que par les vaisseaux et par l'uretère.

L'artère rénale a le volume et les dimensions de l'artère du côté opposé.— *La veine* au contraire est allongée, très-dilatée; le tronc s'étend jusque vers le milieu de la face antérieure de la tumeur; les branches proviennent des différentes parties de la masse morbide.

L'uretère, depuis son embouchure vésicale jusqu'à son union avec le bassinnet a les mêmes dimensions que l'uretère droit, il est partout perméable. Une sonde cannelée, introduite par son bout inférieur, pénètre sans difficulté dans une large cavité, située à la partie antéro-inférieure de la tumeur et s'étendant sur la face antérieure. Cette cavité est le *bassinnet* considérablement dilaté, mais vide, ne contenant pas de liquide. Sa face interne est lisse, d'un blanc nacré, parsemée de quelques arborisations vasculaires. De cette cavité principale, on pénètre dans sept ou huit diverticuleuses plus ou moins larges, mais assez profondes, et qui ont la forme et l'aspect *des calices*. Ces prolongements, dont la surface interne est de la même couleur blanche que le bassinnet, se terminent par un cul-de-sac arrondi, ce sont autant de petites poches closes de toutes parts et ouvertes seulement du côté du bassinnet.

Que sont devenues les *papilles*? Au point d'union de l'uretère et du col du bassinnet, on trouve un prolongement de forme conique de 6 cent. de long de la grosseur d'une plume d'oie ordinaire, ce prolongement adhère à plusieurs points à la

face interne du bassinnet par de minces tractus assez résistants; le sommet en est complètement libre. Ce sommet offre un aspect spécial; il a une longueur d'un centimètre environ; sa couleur est grisâtre; il est plus étroit que le reste du prolongement et se termine par une pointe mousse et un peu aplatie; en un mot, il est absolument semblable à une papille rénale. Cette papille est pleine; on n'y trouve aucune cavité centrale et il n'existe pas à sa surface d'orifices visibles à la loupe. — Au-dessus, l'aspect du prolongement conique change; la surface extérieure en est rosée et a la même apparence que celle des kystes qui remplacent la substance du rein. Du reste, à la palpation, ce prolongement a la consistance d'un cordon plein; on y trouve pourtant, après incision, trois petites cavités étroites, fusiformes, fermées aux deux bouts, sans communication les unes avec les autres. La base du cône est formée par un renflement plein, compact, fibreux, sans aucune trace de cavité. Immédiatement au-dessus s'étage la masse des kystes rénaux, qui prennent à partir de ce point la forme sphéroïdale. — On ne trouve en aucun autre point apparence de papilles.

La totalité de la substance rénale est transformée en kystes. Le bassinnet incisé, une partie de ces kystes apparaissent pressés et accumulés les uns contre les autres, formant une masse lobulée divisée par des sillons plus ou moins profonds. *Sur une coupe* faite suivant le grand axe de la tumeur, on voit une multitude de poches, du volume le plus variable depuis un grain de raisin jusqu'à la grosseur d'une noix, limitées par des cloisons résistantes, épaisses. L'incision de ces poches donne à la surface de la coupe des deux moitiés du rein une apparence aréolaire. La face interne des kystes est blanchâtre; leur contenu est formé par un liquide citrin transparent. Deux, seulement, présentent sur leur paroi interne comme un exsudat sanguin rougeâtre. Le liquide citrin, vu au microscope, ne paraît contenir aucun élément figuré. Traité par la chaleur et l'acide nitrique, il se prend en une masse blanche et renferme par conséquent une proportion considérable d'albumine. Si on ajoute un excès d'acide azotique, après avoir filtré l'albumine, et qu'on examine au microscope le résidu obtenu, on voit de nombreux cristaux caractéristiques de l'azotate d'urée. Le dosage de la proportion d'urée n'a pu être fait.

Les enveloppes de la masse kystique sont au nombre de trois : 1° l'atmosphère celluleux périrénale; 2° la capsule propre du rein, très-épaissie, vascularisée, se détachant assez facilement; 3° à la périphérie, la paroi des kystes les plus excentriques est formée par une enveloppe épaisse de 3 à 4

mill., d'apparence fibreuse, et où l'on trouverait peut-être des débris des éléments propres du rein.

REMARQUES. — Une première chose à noter est la localisation de la dégénérescence kystique à *un seul rein*. Le fait est assez rare; pourtant, dans un des trois cas rapportés par Rayer, la lésion était aussi uni-latérale; l'autre rein était sain. (Rayer, tome III, p. 514.) La transformation *totale* du rein en kystes est aussi digne de remarque. Une dégénérescence aussi complète n'est signalée que dans les reins fœtaux; chez l'adulte, il reste d'ordinaire des régions où la substance rénale est reconnaissable; ceci conduit à se demander dans quelle catégorie peut être rangé le fait que nous venons d'exposer. On sait qu'on divise les dégénérescences kystiques du rein en deux grandes classes: kystes congénitaux du fœtus et kystes des adultes. Les premiers n'ont été décrits que chez des enfants mort-nés. Mais on ne voit pas pourquoi, la lésion étant localisée à un rein, l'enfant serait fatalement condamné à la mort, et, pourquoi, un kyste congénital ne pourrait pas se rencontrer à un âge plus avancé. On sait, d'ailleurs, que c'est là l'explication que donne Virchow d'un certain nombre de dégénérescences kystiques chez les adultes.

Pour le cas présent, les arguments en faveur de l'hypothèse d'une lésion congénitale abondent. La totalité de la transformation kystique, la disposition des calices, se terminant en culs-de-sac arrondis, l'absence des papilles, l'aspect du prolongement conique que nous avons décrit et qui montre bien nettement une atrésie, une transformation fibreuse d'une pyramide de Malpighi, avec oblitération de la seule papille qui se soit développée, tout cela plaide pour l'idée d'une malformation du rein. Il y a eu arrêt dans l'évolution des conduits urinaires qui sont en rapport avec les calices, la plupart ne se sont pas formés; en un seul point, il s'est fait comme une ébauche, mais avec atrésie des tubes. Le reste de la substance rénale, en supposant que le développement en ait été normal, n'a pu déverser dans les calices l'urine sécrétée; de là, la dilatation par rétention des glomérules de Malpighi et probablement aussi des tubes contournés, avec atrophie par compression des éléments interposés.

M. TAPRET présente le cerveau d'une femme morte dans le service de M. Millard. Cette femme avait eu de la somnolence, de la céphalalgie, du subdelirium et un léger affaiblissement du côté gauche. À l'autopsie, on trouva un gliome qui avait envahi tout le lobe sphénoïdal en respectant la zone motrice

corticale et les capsules internes. (L'observation n'a pas été remise.)

M. Albert REMY présente un malade porteur de *boutons de Biskra*.

M. BARIÉ a eu l'occasion d'étudier sur le lieu le bouton de Biskra ; il pense que le diagnostic porté par M. Remy est parfaitement exact. Il rappelle à ce propos qu'un médecin anglais soutient que le bouton de Biskra est d'origine parasitaire : il serait dû à un végétal qui se trouve en abondance dans l'oasis de Biskra.

20. Myome calcifié des parois de l'utérus. — Fistule de la paroi utérine. — Péritonite aiguë. — Mort ; par Boussi.

Guy, Rosalie, âgée de 60 ans, célibataire, exerçant la profession de cartouchière, entre, le 19 novembre 1877, à l'hôpital Saint-Antoine, salle Sainte-Adélaïde, service de M. le docteur Lancereaux, pour une rétention d'urine.

Cette malade n'a jamais eu d'enfants. Les menstrues ont toujours été régulières. Elle a toujours été d'une bonne santé : tels sont ses antécédents. Cependant, depuis 4 ou 5 mois, elle a des pertes blanches abondantes, et, il y a 15 jours, elle a perdu deux fois un peu de sang, à 8 jours d'intervalle.

Il y a quatre ou cinq semaines, en faisant un effort pour se baisser, elle éprouva une douleur vive à la région lombaire. On fut obligé de la porter chez elle, et pendant quinze jours elle ne put quitter le lit. La douleur se passa ; mais, 10 jours après sa disparition, la malade s'alita de nouveau. Enfin, l'impossibilité d'uriner, une constipation opiniâtre l'obligea d'entrer à l'hôpital.

A son entrée, je constate les phénomènes suivants : le ventre est très-douloureux spontanément, la pression exaspère les douleurs. Par la palpation, on sent une tumeur volumineuse ; c'est la vessie distendue par l'urine. En effet, par le cathétérisme, on retire deux litres environ d'une urine claire, jaune citrine, sans albumine ni sucre.

Pas d'appétit, soif vive, langue blanche, nouvelle constipation malgré un purgatif, tels sont les principaux symptômes. Ajoutons que le cœur et les poumons fonctionnent d'une manière normale. Le toucher donne les renseignements suivants : le col de l'utérus est fortement relevé. En arrière, le rectum est rempli de matières fécales dures ; en avant et à droite existe une tumeur dure, lisse, arrondie, très-difficile à

délimiter. Après le cathétérisme, on perçoit aussi cette tumeur par le palper abdominal.

20 novembre. Même état.

21. Les douleurs abdominales sont plus vives spontanément et à la pression. La malade est abattue, elle a de la fièvre. — 22. Même état; en plus, vomissements bilieux. — 23. Mort.

AUTOPSIE. — Le péritoine est rempli de pus, environ 3 litres. — *Vessie.* La vessie est augmentée de capacité. La muqueuse est rouge et injectée. Cette dilatation est la conséquence de la tumeur utérine, qui mettait obstacle à l'écoulement de l'urine. Les uretères et les bassinets sont rouges et vivement injectés; les calices sont dilatés et couverts de mucus épais; les sommets des pyramides sont un peu effacés. La substance corticale est pâle. La surface du rein et sa capsule sont très-vivement injectées.

Du côté des organes génitaux l'on constate : Une pelvi-péritonite ancienne, caractérisée par de nombreuses fausses membranes épaisses et cellulaires qui obturent le cul-de-sac rectovaginal et englobent les trompes et les ovaires difficilement reconnaissables.

L'utérus a le volume d'une tête d'enfant. Sur sa face antérieure existent des fausses membranes purulentes et toutes récentes. Sur un point de cette face, on aperçoit un orifice qui permet tout au plus l'introduction d'une sonde cannelée. Au niveau de cet orifice, le tissu musculaire est ramolli dans l'étendue de 99 millimètres. Cet orifice communique avec une cavité remplie de liquide légèrement coloré et dans ce liquide surnage un corps solide de la grosseur d'un œuf de poule qui n'est autre qu'un myome calcifié. Les parois de la cavité qui circonscrivent ce corps sont irrégulières. Cette cavité se trouve placée à la partie droite de la cavité utérine dont elle est séparée par une paroi de 99 millimètres d'épaisseur. Sur la partie gauche de la même paroi antérieure existe un autre corps fibreux sous-péritonéal qui ressemble à l'ovaire. La cavité utérine offre sa forme normale, elle est cependant un peu augmentée de capacité. Les autres organes n'offrent rien de particulier à noter. Cependant le foie présente des adhérences avec le diaphragme. Ces adhérences sont en suppuration. Il y a des fausses membranes purulentes sur toute la surface de cet organe. Enfin le cœur chargé de graisse présente un ventricule gauche hypertrophié, et plusieurs artères, entre autres l'aorte abdominale et les iliaques, sont le siège d'endarterite.

21. Hernie diaphragmatique consécutive à un traumatisme; étranglement; péritonite aiguë; mort; par R. BOUSSI.

Le 29 juin 1877, entre à l'hôpital Saint-Antoine (salle Saint-Antoine (service de M. Lancereaux), le nommé Halbutier (Charles-Eugène), âgé de 24 ans, avec tous les signes d'un étranglement interne, compliqué de péritonite.

Né à Pantin, ce malade passa sa jeunesse à Paris. D'abord charcutier il apprit, à 16 ans, le métier de corroyeur. D'une bonne santé et d'un forte constitution, il n'a nullement les apparences d'un tuberculeux. Du reste il ne fit aucune maladie. Sa mère, vigoureuse, mourut, à 47 ans, des suites de sa 28^e couche. De ces 28 enfants, 21 sont morts en bas âge. Le malade est un des aînés. En 1873, un beau jour, avec un autre mauvais sujet, il attaqua un matelot pour le détrousser. Celui-ci administra à chacun trois coups de couteau : l'un à la tête, l'autre dans les côtes, vers le 8^e espace intercostal et le troisième dans l'abdomen.

Notre malade entra, pour ses blessures, dans le service de M. Duplay, à Saint-Antoine, où il resta trois mois. Il eut la chance d'en guérir ; mais, à partir de cette époque, il ressentit des douleurs plus ou moins vives dans le côté gauche. Il y a un an environ, ces douleurs augmentèrent. Elles consistaient en une douleur spontanée et sourde, à gauche de la région épigastrique, et de temps à autre en des douleurs lancinantes s'irradiant à la ceinture.

Toutes ces douleurs se faisaient surtout sentir 4 ou 5 heures après les repas. Elles présentaient des rémissions pendant des semaines ; puis, sans cause appréciable, elles s'exaspéraient au point d'empêcher le patient de travailler pendant plusieurs jours. Pas de vomissements, en dehors de pituites matinales ; pas d'hémorrhagies ; pas d'autres symptômes que quelques symptômes d'alcoolisme. Le 24 juin, un dimanche, cinq jours avant son entrée à l'hôpital, le malade est pris tout-à-coup, à 4 heures du soir, d'un mal subit, sans avoir ressenti dans la matinée une plus grande douleur que de coutume. Le malaise se change rapidement en une violente douleur qui occupe tout le ventre. Pâle, défait, tenant son ventre à deux mains, il a encore la force de marcher quelques minutes pour rentrer chez lui. Il s'aliite et est pris de frissons de fièvre, de vomissements, de métivrisme, bref, de tous les symptômes d'une péritonite par perforation.

Il entre à l'hôpital le 29 juin.

On le trouve dans l'état suivant : il est dans le décubitus dorsal, immobile, plaintif, les bras écartés du tronc, la tête lé-

gèrement renversée en arrière, le front plissé, les yeux entourés d'un cercle noir, les joues creuses, les traits tirés, la physionomie anxieuse. Il se plaint d'une douleur généralisée et continue dans le ventre. Cette douleur, cause de gémisséments incessants, roule d'un flanc à l'autre, au dire du malade. Anorexie, hoquet et nausées continuelles; vomissements très-fatigants, peu abondants, porracés, verdâtres, de 5 en 5 minutes environ; constipation depuis cinq jours. L'abdomen est volumineux, tendu, partagé par un sillon transversal stomaco-intestinal. L'estomac se dessine sous la paroi abdominale. Dans toute son étendue le ventre est lisse, sans bosselure au-dessous du sillon.

Les veines sus et sous-ombilicales ne sont pas dilatées. Rénitence à la pression, sonorité généralisée à la percussion. Ces deux moyens d'exploration exaspèrent la douleur, les membres inférieurs sont fléchis.

Le poulx petit, fréquent, régulier, bat à 112; T. 38°,2. La peau est chaude et sèche. Les bruits du cœur sont violents et rapides. Dyspnée considérable, toux sèche, crachats muqueux, douleur de côté ancienne, et matité à la base du poumon gauche. Absence de murmure vésiculaire en ce point. Il est difficile de l'ausculter en arrière; il ne peut supporter aucun déplacement.

La tête est libre, les pupilles normales, l'intelligence conservée. Il parle avec peine, ses paroles sont entrecoupées par la respiration fréquente, le hoquet et les vomissements. *Traitement*: glace; limonade vineuse; extrait thébaïque; vésicatoire sur l'abdomen; lavement purgatif.

30 juin. — Le ventre est moins ballonné; le hoquet et les vomissements se sont calmés sous l'influence de la glace. La constipation persiste; le lavement purgatif n'a pas été rendu. Urines rouges, en quantité normale; pas d'albumine, ictère des conjonctives. T. le matin A 37°,8.— Soir : T. A. 38°; rectale 39°; P. 120.

1^{er} juillet. — Facies agonisant; coma; ronchus dans toute la poitrine. Les dents et la langue ne sont pas fuligineuses. Le ventre n'est plus douloureux. Le hoquet et les vomissements sont moins fréquents. Il prétend aller mieux. T. A. 36 T. R. 39°; P. 140 petit et très-fréquent; bruits du cœur précipités. Respiration très-fréquent; extrémités refroidies, ictère plus marqué des conjonctives. Peau recouverte d'une sueur visqueuse et abondante.

A dix heures du matin, le poulx devient insensible, une écume blanchâtre sort de la bouche du mourant. Des évacuations involontaires surviennent. Le malade devient pâle, la respiration s'arrête et après quelques inspirations fortes, sépa-

rées par de longs intervalles, le malade succombe. — Au moment de la mort la T. R. est de 39°.

AUTOPSIE, le 2 juillet. A l'ouverture de l'abdomen les intestins, surtout dans la région hypogastrique, adhèrent à la paroi abdominale par des travées celluluses mal organisées; une traction modérée suffit pour les détacher. Un peu de liquide séreux est circonscrit par les adhérences. Le péritoine pariétal est injecté par places. Celui qui recouvre la partie gauche du diaphragme, est très-altéré. Sa coloration est ardoisée. Les intestins adhèrent entre eux en même temps qu'aux parois. Le colon transverse et la 3^e partie de l'intestin grêle sont les plus injectés. Météorisme considérable. Les gaz qui le produisent sortent de l'intestin avec sifflement. Des adhérences très-solides, qu'on ne peut arracher relient le gros intestin avec cette portion du diaphragme située en dehors et à gauche de la pointe du cœur. Dans l'intestin existent des matières demi-solides, noirâtres; dans le cœcum on observe la tuméfaction de la muqueuse, des arborisations vasculaires et des dépôts blanchâtres caséiformes. Mais la portion vraiment altérée est la portion gauche du colon transverse. En tranchant ses adhérences avec le diaphragme, on coupe en même temps le colon en deux. A cet endroit il est très-épaissi, recouvert de fausses membranes. La muqueuse est très-injectée presque gangrénée en certains points. Les matières s'échappent par deux ouvertures tenant au diaphragme, de façon à faire croire à la présence dans la plèvre gauche d'une anse intestinale.

Estomac. — L'estomac est très-distendu, épaissi; sa muqueuse est boursouflée. Rien de remarquable dans l'intestin grêle et dans le reste du gros intestin.

Foie. — Le foie est hypérémie. Les organes génito-urinaires sont sains, rate et reins normaux.

Cavité thoracique. — A l'ouverture du thorax du côté gauche s'échappent des flots d'un sang noir et épais. La paroi enlevée, on voit un épanchement sanguin occupant le tiers inférieur de la cavité pleurale gauche. La quantité de l'épanchement peut être évaluée d'un litre à un litre et demi. En épongeant le sang, on voit une loge circonscrite en haut par le poumon refoulé, du côté droit par le péricarde, du côté gauche par le thorax, en bas par le diaphragme. Au milieu de cette loge existe une tumeur volumineuse, de la grosseur d'un cœur d'adulte, en ayant en même temps la forme et une disposition inverse, c'est-à-dire que la base de la tumeur est en bas et à gauche, la pointe en haut et à droite. Au premier abord on eût pu croire à un cœur déplacé et renversé. Tout autour de la tumeur existe un espace libre cloisonné de

fausses membranes noirâtres; c'est l'espace qu'occupait l'épanchement sanguin. En bas, la tumeur est si intimement unie au diaphragme, qu'on ne peut l'en séparer qu'en enlevant une portion de ce dernier. Les parois de la loge sont dures, très-épaisses, noirâtres, tapissées par des fausses membranes, les unes anciennes tendineuses, les autres plus récentes. La tumeur est légèrement bosselée, dure. Cependant en la pressant fortement on la déprime. A la base, on remarque deux orifices par lesquels s'écoulaient des matières intestinales. En la disséquant on constate qu'elle est enveloppée par un feuillet épiploïque qui lui sert de sac. L'épiploon enlevé, en ouvrant la tumeur, on voit un conduit demi-circulaire allant d'un orifice à l'autre, conduit qui n'est autre qu'une anse du colon transverse du côté gauche, les parois de cette anse sont extrêmement épaisses et couvertes de fausses membranes, quelques-unes même noirâtres, ne sont que du sang coagulé dont la partie liquide a été résorbée. Les deux extrémités de l'anse sont enserrées dans un anneau du diaphragme auquel elles sont unies par des adhérences si fortes qu'on ne peut les en détacher. — Le poumon gauche refoulé présente une masse rougeâtre et racornie. Il adhère intimement aux parois thoraciques. Le poumon droit est sain.

Le péricarde est fortement épaissi. Il offre une arborisation vasculaire marquée, des végétations granuleuses, quelques adhérences et un léger épanchement fibrineux plastique. — Le cœur est dévié, sa pointe se dirige presque verticalement en bas. — *Le système nerveux* est sain.

Cette autopsie, en révélant une hernie diaphragmatique, donne la cause de tous les accidents graves observés pendant la vie et jette une vive clarté sur la pathogénie de ces phénomènes. En effet, le coup de couteau dans le 5^e espace intercostal gauche avait atteint le diaphragme. La cicatrice diaphragmatique ne peut résister à la pression continue des anses intestinales. Peu à peu, le colon transverse plus distendu par les gaz et plus près que l'intestin grêle du diaphragme, entra dans l'orifice accidentel. Le travail mécanique et inflammatoire qui se produisit en ce point fut cause des douleurs continuelles de l'hypochondre gauche. Comme la hernie se fit lentement et graduellement, le malade ne fut pris ni de dyspnée subite ni de syncope, le poumon et le cœur ayant été déplacés graduellement. Les néo-membranes de la plèvre rendent compte de l'épanchement hémorrhagique. Enfin la hernie formée, on comprend qu'elle ait pu s'étrangler et amener la mort avec tous les symptômes de l'étranglement interne et de la péritonite aiguë.

22. Mal de Pott dorsal; Abscès ossifluent postérieur; Paraplégie; Contracture; Mort subite; Abscès situé sous la dure-mère remontant jusqu'à la cinquième vertèbre cervicale; par CHUQUET, interne des hôpitaux.

Balandros, 67 ans, ménagère, entrée le 19 novembre 1877 (service de M. VERNEUIL), morte le 22. Cette femme ne présente pas de traces de scrofule. Elle était marchande d'oranges et avait une voiture à bras, quand, il y a un an, elle s'aperçut qu'elle ne pouvait plus la pousser et que ses jambes faiblissaient. A quelque temps de là, elle fut renversée par un omnibus, se fractura la jambe et fut soignée par M. Cusco, à l'Hôtel-Dieu. Elle en sortit au bout de quelques mois, marchant très-difficilement, et rentra chez elle. Il y a trois mois, survinrent dans les jambes des douleurs très-vives, qu'elle compara à des crampes; dès lors, elle est obligée de garder le lit; aux crampes succède une attitude vicieuse qu'elle conserve aujourd'hui, les cuisses se fléchissent sur le bassin, et il se déclare de l'incontinence de l'urine et des matières fécales.

A son entrée, nous la trouvons dans l'état suivant : Elle répond facilement et avec bonne humeur aux questions qui lui sont adressées. Elle est amaigrie, la face est pâle. Il existe une gibbosité dorsale due à un abcès ossifluent de la dimension d'un poing, et à une déformation angulaire de la colonne vertébrale qui est fléchie en avant. Paraplégie absolue. Incontinence de l'urine et des matières fécales. Flexion de la cuisse sur le bassin, de la jambe sur la cuisse : attitude qui peut être corrigée sans déployer beaucoup de force. Insensibilité à la pression, à la douleur, à la température qui remonte jusqu'à un plan oblique de haut en bas et d'arrière en avant passant par les crêtes iliaques. En même temps, exagération de la sensibilité réflexe. Les viscères ne présentent aucune altération. Le poumon, examiné au point de vue de la tuberculose, est sain.

Le 22 novembre, sans que rien pût faire prévoir cette issue fatale, la malade se fait asseoir sur son lit, en proie à une dyspnée intense, sa face se cyanose et elle meurt « comme quelqu'un qui étouffe » au dire de ses voisines.

AUTOPSIE faite le lendemain. — L'abcès ossifluent postérieur, communique avec un abcès intra-rachidien, situé en avant de la dure-mère et remontant jusqu'à la cinquième vertèbre; il communique aussi avec une poche sous-pleurale sans grande saillie sur la cavité thoracique, et située à droite au niveau de deux ou trois côtes. Un corps vertébral, celui de

la septième vertèbre dorsale, a disparu absolument, les deux corps situés au-dessus et au-dessous commencent à être envahis par l'ostéite; ils sont dénudés et baignent dans le pus. La courbure de la colonne vertébrale n'est due qu'à l'affaissement du corps de la septième dorsale. Le cerveau, le bulbe, n'ont aucune lésion appréciable à l'œil nu. La moëlle porte seulement de faibles traces de compression, le cordon médullaire paraît aminci au niveau de la flexion de la colonne vertébrale. Le poumon est indemne ainsi que le cœur. Les vaisseaux pulmonaires ne renferment aucun caillot embolique. Les viscères abdominaux ne présentent rien d'important à signaler; le foie est légèrement gras.

Cette observation nous paraît intéressante au point de vue de la mort subite qui peut s'expliquer peut-être par une lésion de la moëlle au voisinage de l'origine des nerfs respirateurs. Cet organe sera examiné avec soin, et, si l'examen est positif, une communication ultérieure sera faite à ce sujet.

23. Note sur un cas d'ostéome intra-médullaire du tibia gauche; évidemment; guérison; par MM. Ch. SARAZIN, membre correspondant de la Société de chirurgie, et A. PETIT fils, médecin de l'hôpital de Vierzon (1).

Madame B..., de Vierzon. Tempérament lymphatico-nerveux, est âgée de 22 ans, brune, mariée depuis 3 à 4 ans, mais sans enfants. Au commencement de 1873, cette jeune femme se heurta contre un jouet d'enfant, au niveau de la réunion du tiers inférieur avec le tiers moyen du tibia gauche. De là, douleur insignifiante à laquelle on n'attacha aucune importance. Huit jours après, la douleur n'avait pas changé, mais commença à inquiéter la malade par sa persistance. On épuisa toute la série des liniments et, après quelques semaines on se décida à faire appeler un médecin du pays. Celui-ci conseilla des badigeonnages à la teinture d'iode, puis l'enveloppement ouaté du membre. Ce traitement n'eut aucun succès. La malade consulta un médecin de Bourges qui fit appliquer successivement plusieurs vésicatoires qui procurèrent un certain soulagement, mais cela dura peu. Ce médecin s'enquit de la syphilis et institua au traitement ad hoc, mais sans aucun résultat appréciable. Après 8 à 10 mois de souffrances, la malade se rendit à Paris, en octobre 1874, consulta plusieurs chirurgiens très-connus qui, tous admirent l'existence d'une ostéo-périostite trauma-

(1) Présentée par M. Houel.

lique. On ordonna l'emplâtre de Vigo et des frictions avec des pommades mercurielles. Un mois ou deux après, vers la fin de novembre, Madame B... me fit appeler. Je constatai que cette jeune femme était dans un état général mauvais, car le sommeil et l'appétit avaient disparu depuis longtemps. Comme état local, la jambe gauche était infiltrée au niveau de la réunion du tiers inférieur avec le tiers moyen. La face interne du tibia était hypertrophiée dans toute sa largeur et dans une longueur d'environ 0,05 cent. Le bord antérieur faisait également saillie au même niveau. Sur toute cette surface, la peau avait acquis une sensibilité telle que le frottement des doigts faisait pousser des cris à la malade. Je pensai également à une ostéo-périostite traumatique et, en présence d'une douleur aussi violente, surtout la nuit, je proposai au bout de quelques jours le débridement du périoste. L'incision faite dans toute l'étendue de la lésion, au milieu de la face interne du tibia, soulagea considérablement la malade, mais pour quelques jours seulement. Je conseillai alors l'application du cautère actuel, et, à plusieurs reprises, je fis des cautérisations transcurrentes amenant beaucoup de soulagement, mais sans aucune durée. L'état général s'aggravait, il y avait urgence d'intervenir, je proposai l'évidement et j'avertis de la nécessité d'avoir au moins un autre médecin avec moi. Après avoir accueilli ma proposition assez froidement, la famille voulut avoir l'avis de M. Ch. Sarrazin, qu'on alla consulter à Bourges. Ce savant chirurgien admit également la nécessité de l'évidement, mais son opinion fut qu'on avait affaire à un abcès enkysté.

Le 1^{er} juillet 1875, l'opération eut lieu au domicile de la malade. Pendant l'administration du chloroforme on appliqua l'appareil d'Esmarck; — M. Ch. Sarrazin fit une incision verticale au milieu de la face interne du tibia, puis une seconde, perpendiculaire à la première, à la façon d'un T couché sur le côté. Les lambeaux furent relevés. L'os mis à nu avait l'aspect et la consistance du tissu éburné. On appliqua deux couronnes de trépan, la seconde pénétra dans le canal médullaire et après quelques coups de gouge à main, l'opérateur dégagea une petite tumeur osseuse, ovoïde, d'environ, 0,012 de long et 0,009 de largeur et d'épaisseur, qui obturait complètement le canal. Le tissu avoisinant la tumeur était violacé et friable, on le fit disparaître avec la gouge. Il n'y eut que quelques gouttes de sang répandu. On fit un pansement ouaté que je renouvelai quelques jours après et tout alla bien pour la malade qui, au bout de quelques semaines a pu marcher. Les douleurs ne reparurent plus à aucun moment aussi intenses qu'auparavant. Actuellement, elle va très-bien et se

livre à ses occupations; mais elle a toujours à certains moments quelques douleurs dans la jambe gauche.

RÉFLEXIONS. — Ce fait est remarquable à plusieurs titres. D'abord la difficulté du diagnostic est évidente puisque plusieurs chirurgiens très-connus avaient admis une ostéo-périostite. On avait pensé à la syphilis. M. Sarazin croyait à un abcès enkysté. Toute cette sagacité fut inutile et on eut une énostose, c'est-à-dire une variété d'ostéome très-rare, d'après Cruveilhier (traité d'Anat. path., t. III, p. 869), et que Virchow (traité des tumeurs, t. II, p. 40), n'a vu que sur le cadavre.

Ce fait est encore utile à considérer au point de vue de la récidive, qui est à craindre, puisqu'il y a parfois des douleurs au niveau de la lésion, et qu'enfin le léger traumatisme, qui a pu causer une pareille néoplasie, pourrait se reproduire, et avec beaucoup plus de chances que la première fois, ramener la même affection. Il serait donc très pratique, quand on opère sur les diaphyses, d'éviter les chocs et pour cela il importerait de proscrire l'emploi du maillet, même en plomb.

Au triple point de vue clinique, anatomo-pathologique et thérapeutique, cette observation d'ostéome m'a paru digne d'attirer l'attention de la société, et c'est ce qui m'a engagé à la présenter au nom de M. Ch. Sarazin et au mien.

24. Tumeur du mollet (sarcome); amputation de la jambe. —

Mort. — **Généralisation reconnue à l'autopsie;** par M. CHUQUET, interne des hôpitaux.

Grancher, Rose, 56 ans, entrée le 16 novembre 1877, salle Saint-Augustin, n° 17 (service de M. VERNEUIL), est une femme robuste qui n'a jamais été malade. Elle a eu deux enfants qui sont d'une excellente constitution. En fouillant ses antécédents, on trouve quelques atteintes peu graves de rhumatisme; l'auscultation du cœur fait entendre un léger souffle probablement dû à une insuffisance mitrale. La malade a l'oignon arthritique. L'examen des viscères est absolument négatif. L'examen des urines ne décèle ni sucre, ni albumine.

Au mois de mars dernier, cette femme remarqua un peu de gonflement de la jambe droite, en un point correspondant au jumeau interne; il ne s'agissait que d'un gonflement diffus, difficile à percevoir et surtout à limiter. La tumeur était complètement indolente, ce n'est que trois ou quatre mois plus tard, quand elle eut acquis un certain développement, qu'elle devint le siège de douleurs tantôt sourdes, tantôt lancinantes, assez vives. Continuant à grossir, elle envahit la partie supérieure de la jambe. La douleur s'irradiait dans le creux poplité.

A son entrée les douleurs ont cessé complètement. La tumeur occupe toute la région du mollet, elle est surtout développée en haut. La palpation fait percevoir une sensation de rénitence qui peut être celle d'une tumeur solide, mais dont la sensation ressemble aussi à celle que donne une poche fortement distendue par du liquide. La peau, couverte par un réseau veineux, n'est nulle part adhérente, la tumeur semble développée sous les muscles superficiels du mollet. On ne trouve rien d'anormal dans le creux poplité. Les ganglions verticaux de la cuisse ne sont point engorgés. La sensibilité est absolument intacte au pied. Il existe un peu d'œdème au niveau de la tumeur; on n'en constate point au pied. Les artères battent normalement. Le professeur Verneuil dans une clinique éloigne successivement l'idée, d'un abcès froid, d'un anévrysme, d'un kyste hydatique, d'un hématome. Il croit à l'existence d'une tumeur fibro-plastique, dans laquelle s'est fait peut-être un épanchement sanguin, d'où la rénitence, la quasi-fluctuation de la tumeur. Avant de proposer l'amputation à la malade, il se décide à faire une ponction exploratrice.

19 novembre. La ponction exploratrice faite avec une fine aiguille préalablement chauffée et lavée dans l'acide phénique ne donne issue qu'à quelques gouttes de sang. Dans la cavité de l'aiguille sont ramenés des détritres grisâtres qui, examinés par le Dr Nepveu, ont fait voir des éléments fusiformes en voie de régression, c'est-à-dire chargés de granulations graisseuses. L'amputation est alors décidée et M. Verneuil pense qu'il faut opérer cette tumeur en dirigeant les incisions de telle sorte que l'on puisse faire l'énucléation si l'état des vaisseaux, des nerfs et des parties profondes le permet.

20 novembre. La ponction exploratrice a déterminé malgré les précautions prises une inflammation circonscrite.

22 novembre. La malade refuse l'opération qui lui est proposée. — Du 22 au 27 une eschare se forme au point piqué et la rougeur s'étend.

28 novembre. La malade ayant enfin accepté l'intervention chirurgicale, M. Verneuil fait une incision latérale, reconnaît la tumeur siégeant dans le soléaire, et constatant qu'elle s'étend sur les parties profondes et que probablement elle englobe les vaisseaux, il fait une amputation à deux lambeaux au $\frac{1}{4}$ supérieur de la jambe. Le tronc tibio-péronier est lié. En faisant ses ligatures le chirurgien aperçoit dans la veine poplité un caillot long de quatre à cinq centimètres, qu'il retire avec des pinces. On applique le pansement ouaté. T. soir, 37° 4.

29 novembre. La malade n'a pas mangé : elle souffre de son membre amputé. Les urines sont rares et déposent des sédi-

ments ressemblant à de la brique pilée. Quantité 200 grammes. Comme la malade est cardiaque, la digitale est prescrite. T. matin, 37°, soir, 37° 2.

30 novembre. La malade a vomi sa potion de digitale. Elle ne peut manger. Les douleurs sont moins vives. Les urines sont teintées en noir. 400 gr. Lait, bic. soude. T. 37°.

1^{er} décembre. Le soir le pansement ouaté est remplacé par le pansement ordinaire de M. Verneuil. — tarlatane et acide phénique — à cause d'une hémorrhagie persistante. Un examen attentif ne révèle aucun jet artériel; après le changement de pansement l'hémorrhagie s'arrête immédiatement. Les vomissements continuent. L'inappétence est absolue. C'est avec les difficultés les plus grandes qu'on parvient à faire prendre à la malade un peu de lait. Les urines sont rares et ont toujours la teinte noirâtre.

2 décembre. Même état général. Purgatif.

3 décembre. La malade a pu prendre et garder un peu de bouillon. La plaie commence à bourgeonner. M. 37°; soir 38°. L'oligurie persiste. 400 gr. d'urine.

4 décembre. Des douleurs lombaires vives se font sentir. La malade souffre au niveau du sacrum: les téguments rougissent en ce point.

5 décembre. Les douleurs et l'oligurie persistent. Le chloral, 14 injections de morphine calment difficilement la malade.

6 décembre. La température qui oscillait entre 37° et 38° vient de subir une ascension notable 39° 2, cependant pas de frissons. Les vomissements persistent ainsi que les douleurs lombaires. Le pansement ouaté est réappliqué afin que la malade puisse se mouvoir dans son lit. La plaie n'a pas mauvais aspect, elle bourgeonne partout sauf au centre où il existe un point grisâtre, comme s'il existait une infiltration purulente du muscle et du tissu cellulaire à ce niveau. L'examen des urines est négatif. 60 centigrammes de sulfate de quinine.

10 décembre. Les lèvres sont couvertes d'une éruption d'herpès. La langue est sèche, noirâtre. Un peu de subdélirium existe le matin. Urine, 400 grammes. T. 38°, 2; soir: T. 39°, 2. M. Verneuil émet, devant ces accidents insolites, l'hypothèse d'une généralisation à marche rapide.

11 décembre. La température est descendue à 37°, mais la langue est sèche, le facies est cadavérique. Urine. 400 grammes.

12 décembre. Les douleurs lombaires persistent; au niveau de l'échancrure sciatique, il existe un point douloureux. L'agitation est très-grande, la malade perd ses urines. Les eschares augmentent d'étendue. La température s'élève, 39°, 6; 40° le soir.

13 décembre. Le poulx devient faible mais n'est pas très-fré-

quent, 96. Il était de 86 pulsations par minute quelques jours après l'opération. Douleur par la pression au niveau du rein gauche. La malade accuse une douleur spontanée très-vive au niveau de l'articulation tibio-tarsienne gauche, la pression et les mouvements communiqués arrachent des cris à la malade. T soir, 40°.15. A la visite du matin, on trouve la malade à l'agonie, plongée dans une sorte de coma ; elle meurt quelques heures après sans présenter de phénomènes dignes d'être mentionnés.

AUTOPSIE. — *Examen de la tumeur et des viscères.* La jambe enlevée a été examinée aussitôt après l'amputation. La tumeur développée dans l'épaisseur du muscle soléaire a la forme d'un ovoïde à grosse extrémité dirigée en haut. Elle pèse environ un kilogramme. Elle sort de la gaine du soléaire en deux endroits, en arrière où elle envahit le jumeau externe, en avant de telle sorte que les vaisseaux et les nerfs situés entre les deux couches musculaires sont englobés dans la tumeur. En bas et dans le muscle jumeau, là où la tumeur semble être récemment développée, elle forme des noyaux blanchâtres, arrondis, un peu ramollis au centre de sorte que, à la coupe, la petite tumeur s'affaissant au centre paraît excavée. Plus haut, les noyaux sont confluent, plus jaunes, plus ramollis ; les fibres musculaires qui existent encore en bas, séparant les noyaux jaunes, ont disparu en ce point.

Les vaisseaux et nerfs tibiaux présentaient des particularités remarquables. La veine renfermait, en certains points, des productions absolument analogues à la tumeur elle-même. Celle-ci avait végété dans sa cavité. L'artère était seulement aplatie, mais perméable encore. Le nerf qu'il a fallu sculpter dans la tumeur ne présentait pas cependant d'altération de ses éléments.

L'*examen microscopique* a révélé que la tumeur était formée dans les parties jaunes d'éléments rondo-cellulaires et de quelques éléments fuso-cellulaires. Plus haut ceux-ci, mais dégénérés, existent seuls. Autour des points envahis, on retrouve les muscles en dégénérescence granulo-graisseuse. Après la mort, l'examen de tout le membre inférieur donne les résultats les plus intéressants. Le creux poplité est rempli de pus et de masses jaunâtres arrondies, ganglions en voie de dégénérescence cancéreuse, ayant suppuré à la suite de l'opération. Dans la fosse iliaque, deux gros ganglions de la dimension d'un petit œuf, sont placés autour des vaisseaux iliaques. Les ganglions verticaux du triangle de Scarpa ne sont pas envahis. L'artère présente à son extrémité inférieure un caillot très-peu adhérent de un centimètre de longueur. La veine ne renferme pas de caillot dans la cuisse. A la partie inférieure,

dans le creux poplité, elle est oblitérée par une coagulation noirâtre, peu volumineuse, non adhérente, et dans les cinq derniers centimètres, elle contient une matière manifestement puriforme,

Le foie est légèrement graisseux, il ne renferme ni abcès métastatique, ni noyaux cancéreux. La rate ne présente point d'attraction spéciale. Les reins ont l'apparence de reins séniles; c'est-à-dire de reins atteints de néphrite intersti-tielle commençante. Les poumons sont farcis de noyaux can-céreux dont les dimensions varient de celle d'un petit pois à celle d'une cerise. Ils semblent récemment formés, tant à cause de leur petit volume, qu'à cause de leur aspect. Le cœur a les valvules saines, à part quelques rugosités au ni-veau de la valvule mitrale. L'articulation tibio-tarsienne gau-che est pleine de pus. L'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil présente les lésions de l'arthrite sèche.

M. Verneuil, qui nous a engagé à présenter les différentes pièces pathologiques à la Société, appela l'attention, dans des cliniques qu'il fit à ce sujet, sur plusieurs points que nous résumons ici. 1° La tumeur (1) que nous avons décrite est peu commune. Elle a son origine dans les aponévroses inter-musculaires. 2° Les accidents produits par la piqure mon-trent combien les traumatismes, même légers, prennent une haute gravité quand ils atteignent des tissus pathologiques. 3° L'observation prouve un fait sur lequel le professeur a depuis longtemps appelé l'attention. Chez les individus dia-thésiques, un traumatisme réveille une diathèse assoupie, aggrave les manifestations de celle qui évolue. On opère un paludique; sous l'influence de l'opération, une fièvre à allure intermittente peut apparaître et exciter les craintes les plus vives. Chez notre malade, la diathèse cancéreuse se tra-duit après l'intervention chirurgicale par une rapide généra-lisation, tant dans les ganglions que dans les viscères. 4° Cette généralisation s'accomplit au milieu de phénomènes géné-raux qui ne rentrent aujourd'hui dans aucun cadre connu, mais qui pourront probablement un jour être groupés et for-mer une entité clinique. 5° Notre malade est-elle morte d'in-fection purulente? Le doute est permis à cet égard; comme signe de cette affection nous n'avons que l'arthrite purulente de l'articulation tibio-tarsienne, pas de tracé thermométrique typique, pas de grands frissons, pas d'abcès métastatiques dans le foie et dans le poumon. Peut-être s'agissait-il d'une de ces

(1) Elle a été déposée au musée Dupuytren.

arthrites telles qu'on en voit survenir dans le cours des néphrites chez des sujets rhumatisants.

Sur la proposition de M. LANDOUZY, la Société décide que le *prix Godard* sera décerné à la séance solennelle de rentrée de 1879. La commission chargée d'examiner les travaux présentés pour ce prix sera élue dans la première séance de juillet 1878.

25. Cancer de l'utérus. — Anurie par compression des uretères; par M. P. BERDINEL, interne des hôpitaux.

Pont..., 41 ans, journalière, est entrée à la Pitié, service de M. DESNOS, (salle Ste-Marthe, n° 37,) le 10 novembre 1877. — Cette femme nous est amenée dans un état de cachexie profonde; elle nous offre les symptômes classiques du cancer du col de l'utérus, sans complication au moment de son entrée.

15 octobre, elle se plaint d'uriner très-peu. — La vessie est cependant à peu près vide et cette oligurie est mise sur le compte d'une diarrhée séreuse dont la malade est atteinte depuis deux jours.

17 octobre, il n'y a pas eu de miction depuis l'avant-veille, la literie n'est pas mouillée. — La sonde donne une centaine de grammes d'urine normale.

19 octobre, nouveau cathétérisme, à cause de l'absence persistante de miction : à peine quelques gouttes d'un liquide louche et fétide. — La malade est somnolente. — Le soir, elle est plongée dans le coma et elle meurt dans la nuit sans avoir présenté de nouveaux phénomènes.

AUTOPSIE. — Nous trouvons un épithélioma ulcéré et végétant ayant détruit tout le col utérin (portions sus et sous-vaginale.) Les parois du vagin sont indemnes.

Les lésions les plus intéressantes se retrouvent du côté de l'appareil urinaire. — L'urètre et la vessie sont sains; les *uretères* sont très-dilatés et atteignent la grosseur du pouce; le liquide qu'il renferme est de l'urine très-claire, sans albumine. L'uretère gauche, une fois ouvert, permet l'introduction dans la vessie d'une sonde cannelée ordinaire, mais on est obligé de vaincre une résistance assez forte. On s'aperçoit en incisant, que si les parois de l'uretère sont saines, ce canal se trouve comprimé au niveau du point où il pénètre dans l'épaisseur des parois de la vessie par deux petites masses cancéreuses de la grosseur d'une noisette, siégeant dans le tissu cellulaire du cul-de-sac vésico-utérin.

L'uretère gauche est absolument imperméable, même à un stylet très-fin : il vient se perdre dans une masse cancéreuse du volume d'une mandarine, et qui remplit de ce côté tout le cul-de-sac utéro-vésical. Une incision de la tumeur sur le tra-

jet connu de l'uretère ne permet point de distinguer ses parois dégénérées au milieu de cette prolifération morbide.

Le rein gauche présente une dilatation considérable du bassin et des calices, dont la capacité est plus que triplée. — Le tissu de l'organe est anémié, mais ne paraît point malade; la capsule n'est pas adhérente.

Le rein droit ne nous offre qu'une légère hydronéphrose; il est augmenté de volume et fortement congestionné.

Rien d'anormal dans les autres viscères.

RÉFLEXIONS. — Quand le cancer de l'utérus s'accompagne de troubles de la fonction urinaire, on observe plus souvent de l'incontinence que la rétention. Cette dernière est cependant plus fréquente encore que de l'anurie. Le néoplasme en effet a plus de tendance à se propager en avant vers le trigone vésical, pour le comprimer ou l'ulcérer, qu'à se développer en arrière et latéralement. Aussi est-ce plus spécialement dans les tumeurs rétro-utérines volumineuses que l'on rencontre des accidents du genre de celui-ci. Ces faits ont été signalés dans des cas d'hématocèles considérables, et cette année même, M. Leroux a présenté à la Société une observation presque identique; la compression des uretères était due à une grossesse extra-utérine, accompagnant un épanchement sanguin très-considérable dans le cul-de-sac recto-utérin.

26. Erysipèle du pharynx, de la face, du cou, du larynx. — **Laryngite glottique et sous-glottique;** par J.-B. GAUCHÉ, interne des hôpitaux.

La nommée D... célibataire, née à Rocher (Ardèche), âgée de 33 ans, profession modiste, tempérament lymphatique, constitution scrofuleuse. Entrée à l'Hôtel-Dieu le 30 août 1877, salle Notre-Dame, lit n° 23. (Service de M. RICHET.)

La malade, qui présente au sommet des deux poumons les premiers signes locaux de la tuberculose, est admise dans un service chirurgical pour une carie partielle du premier métatarsien gauche. L'opération de l'évidement après anesthésie est faite par M. le docteur Blum, suppléant, le 13 septembre et M. Richet reprend le service le 5 novembre suivant.

Novembre. La plaie se cicatrisait lentement, quand le 8 novembre au soir survinrent les prodromes d'une angine pharyngée intercurrente (dysphagie légère, etc.) avec engorgement douloureux des ganglions sous-maxillaires. Quoique l'érysipèle ait déjà pris droit de domicile au nouvel Hôtel-Dieu, et atteint en particulier une malade couchée en face de celle-ci, mais qui en est déjà à la période de desquamation, la nature érysipélateuse de l'angine n'est affirmée que le lendemain au soir.

9. Erysipèle facial. L'éruption apparaît autour des narines, et surtout à la face dorsale du nez.

10. La fièvre est des plus vives. On prescrit un éméto-cathartique qui n'amène que des vomissements.

11. La dysphagie semble diminuer, mais l'adénite persiste : la fluxion s'étend des deux côtés de l'orifice buccal.

12. L'éruption suit une marche descendante : le menton est respecté.

13. La région sus-hyoïdienne devient le siège d'une rubéfaction peu intense et diffuse, en même temps que d'un gonflement général très-prononcé où reste l'impression du doigt et qui défigure entièrement le sujet. — Matin : T. 39°,6. — Soir : T. 40°,6.

14. Même état. Le soir éclate un accès de suffocation qui fait penser à un œdème de la glotte ; cette attaque ne tarde pas à cesser : il ne reste qu'un léger degré de dyspnée. — Matin : T. 39°,6. — Soir : T. 40°,4.

15. Il est facile de constater que la malade ne présente nullement la dyspnée inspiratoire. Les deux temps de la respiration paraissent se passer librement, mais la voix ne peut s'émettre par intervalles qu'avec un timbre rauque et sifflant, la parole étant presque toujours aphone. Toux rare, persistante. — Matin et soir : T. 40°,6.

16. La malade respire facilement. Rien d'anormal à l'auscultation des deux poumons sauf les signes stéthoscopiques de la tuberculose commençante aux sommets. — Matin : T. 40°. — Soir : 40°,6.

17. La température a baissé faiblement : la malade semble asphyxier lentement ; les respirations paraissent superficielles sans être plus nombreuses. — Matin : T. 39°,6. — Soir : T. 39°,2.

18. Desquamation de la face : même état œdémateux et rougeâtre de la région cervicale. Dans la nuit suivante, agitation, insomnie. T. 39°,4. A 5 heures du matin, la malade dit : je vais donc mourir sans voir la mère, puis elle perd subitement la parole ; la face est pâle ; une heure après, mort due à une asphyxie brusque, avant que l'asphyxie lente, indiquée plus haut, ait atteint son apogée.

AUTOPSIE. — Décoloration de la surface cutanée. Foie gras, placé presque verticalement.

Thorax. — L'endocarde est sain, grisâtre. Quelques points athéromateux à l'origine de l'aorte. Appareil respiratoire. Adhérences pleurales des deux sommets. Ils présentent quelques tubercules blancs, crétacés de la grosseur d'un noyau de cerise.

Larynx. C'est l'organe dont l'étude offre le plus d'intérêt. Voici ce qu'on trouve en procédant de l'extérieur à l'intérieur

de ce conduit ouvert par une incision verticale et médiane à sa partie postérieure. Les replis aryténo-épiglottiques ne présentent ni rubéfaction, ni œdème, ni infiltration. Pas de gonflement ni de rougeur de l'épiglotte sur son bourrelet ou sur ses faces. Toutes les lésions sont localisées à la portion glottique et sous-glottique du larynx. Les quatre cordes vocales sont infiltrées, volumineuses, au point de rétrécir les orifices intermédiaires des ventricules de Morgagni, mais non de se toucher; la cavité de ces derniers admet facilement un stylet. Du reste le rapport des cordes vocales homonymes est normal et il n'y a pas de sténose de la glotte dont les lèvres ne sont ni rouges ni œdématiées, l'infiltration siégeant porter plutôt sur les faces supérieure et inférieure des ligaments que sur leurs bords libres.

En avant et au-dessus du cartilage cricoïde, la muqueuse présente une légère érosion superficielle et rosée d'un centimètre de diamètre avec quelques points ulcérés. La dépression est entourée d'une zone d'un rouge plus vif que le reste de la muqueuse. Pas d'altération du cricoïde. La surface de la trachée et des bronches ouvertes au niveau de leur portion membraneuse ne présente aucune sorte de lésion.

En résumé, la partie de l'observation concernant l'érysipèle laryngé répond bien à la description de la *laryngite aiguë sous-muqueuse, var. "sous-glottique"*, distinguée par Cruveilhier (*Dict. de méd. et de chir. prat.*, t. XI, p. 44) avec chordeite supérieure et inférieure (nomenclature de Bergson).

RÉFLEXIONS. — Nous ferons remarquer d'abord le peu de proportion qui existe entre les symptômes et les lésions laryngées. On peut du reste à ce point de vue rapprocher de notre fait deux cas d'érysipèle de la face, du cuir chevelu. Erysipèle interne du pharynx, du larynx, de la trachée et des bronches. (Ed. Labbé, *Bull. de la Soc. Anat.*, 2^e série, t. III, p. 56, 1858. — et Jules Simon, *Arch. gén. de méd.*, juillet 1865, p. 97). — Dans le dernier, en effet, il est relaté entre autres troubles fonctionnels laryngés qu'un enrrouement très-prononcé fait bientôt place à une extinction absolue de la voix et permet de supposer l'inflammation descendue dans les voies respiratoires.

« Détails nécroscopiques... Cette coloration écarlate, pourprée, enveloppe toutes les faces de l'épiglotte et pénètre dans le larynx;.... les cordes vocales et l'arrière-cavité, enfin tout cet organe semble avoir macéré dans du sang... On rencontre le tissu cellulaire sous-muqueux un peu épaissi en certains points et rouge comme de la chair musculaire... Les replis aryténo-épiglottiques ne sont pas le siège d'une augmentation de volume digne d'être mentionnée. »

Le fait d'Ed. Labbé, s'éloigne plus de notre sujet en ce qu'une rougeur très-foncée avec gonflement occupe les replis aryéno-épiglottiques et toute la face interne du larynx. Nous ne le mentionnons ici que comme étant une observation très-remarquable d'érysipèle interne ou laryngo-trachéal.

Éliminons de même les deux cas rapportés dans le journal anglais *Lancet* : il s'agit bien ici de laryngite érysipélateuse par suite de l'extension de l'érysipèle de la tête ou du cou ; mais dans aucun d'eux le mode spécial de dyspnée n'est indiqué. En outre dans celui de M. Vernon. (*Bartholomew's, hospital*, 5 sep. 1863, II, p. 276), dû à l'obligeance de M. Vormald, il n'y avait pas trace évidente de la congestion récente vers le pharynx et le larynx. Enfin dans celui de M. G. E. Legge Pearse (et non H. Lée, ainsi que l'indiquent par erreur les deux nouveaux *Dictionnaires encyclopédique* et pratique, Bibliographie de l'art. *Laryngite*), la dyspnée parut provenir principalement de l'infiltration sous-muqueuse du tissu sus-glottique.

En parcourant les *Bulletins de la Société anatomique*, nous n'avons pas trouvé d'autre observation qui se rattache de près ou de loin à notre sujet, et les deux mentions bibliographiques, à l'article angine des deux dictionnaires (J. Simon, 2^e série, t. I. p. 499, 1864 pour le *Dict. encyclopédique*, et Goupil, 1862, pour le *Dict. pratique*) sont erronées. On pourrait indiquer une foule d'observations concernant soit l'érysipèle du larynx, soit la laryngite sous-glottique secondaire : mais dans les premières, c'est surtout de l'œdème sus-glottique qu'il s'agit ; dans les secondes la sous-glottite n'est pas consécutive à cet exanthème.

Or, s'il est facile de reconstituer l'histoire de l'érysipèle interne en général avec les auteurs suivants : Hippocrate (Aphorismes), Fabrice d'Acquapendente (1592), Darlue (1757), Fr. Hoffmann (une seule observation exacte), et surtout M. Gubler (1847), d'après Ed. Labbé (thèse doct. de l'érysipèle ; Paris, 1853), il n'en est plus de même de l'érysipèle du larynx confiné surtout dans sa portion sous-glottique. Peut-on avec l'observation indiquée de Jules Simon et la nôtre, hasarder une description des signes de la laryngite érysipélateuse, ainsi limitée ? On sait que l'article correspondant des deux nouveaux dictionnaires de médecine présente peu de développements. Aussi ne pouvons nous mieux faire que de renvoyer à J. Cruveilhier (*loc. cit.* 1^o et 5^o) pour la distinction de la laryngite sous-glottique aiguë qu'il a le premier décrite, tout en faisant observer que pour lui, elle s'accompagne d'une nécrose du cricoïde, attribuée à une chondrite chronique (surtout après la phthisie laryngée). Du reste voici ce que le même auteur en dit dans son Anat. pathol.

(1852, t. III, p. 223). « 3° Lésions de canalisation par rétrécissement dans la laryngite sous-muqueuse... de la région sous-glottique, le tissu cellulaire étant beaucoup plus serré, et par conséquent moins susceptible d'infiltration que celui de la région sus-glottique, la marche de la maladie est moins rapidement mortelle; mais la muqueuse soulevée forme un bourrelet qui rétrécit la partie correspondante du larynx et détermine une gêne proportionnelle dans la respiration. Plus tard, ce bourrelet devient bien plus considérable, lorsque le pus est accumulé sous la muqueuse décollée circulairement. La mort par suffocation peut alors avoir lieu au milieu d'un accès de dyspnée et de toux... » et Trousseau, angine laryngée oedémateuse, in. Cliniq. (I. p. 575, 1868) :

« Quoique, le plus souvent, dans la laryngite oedémateuse, le principal obstacle à la respiration ait pour siège les replis aryéno-épiglottiques, on comprend néanmoins que cet oedème inflammatoire peut aussi se développer dans le tissu cellulaire de la membrane muqueuse laryngée elle-même. Ainsi dans les cas où l'on n'observe pas l'inspiration sifflante aiguë qui appartient surtout à l'oedème des replis aryéno-épiglottiques.. Alors le malade n'a point d'inspiration sifflante, il y a boursoffure de la membrane muqueuse et oedème du tissu cellulaire sous-muqueux... et l'on ne constate qu'une gêne très-grande de la respiration, l'air inspiré traverse le larynx en produisant un bruit plus ou moins dur, mais non aigu, et le bruit expiratoire est encore perçu: il y a là une variété de cernage sans sifflement aigu. »

Les accès de suffocation par sténose du larynx étant ceux de tous les cas d'oedème inflammatoire de ce conduit, on pourrait peut-être avec Curveilhier, établir les caractères distinctifs suivants, selon le siège de la maladie.

LARYNGITE SOUS- MUQUEUSE	MARCHE	DYSPHAGIE	DOULEUR AU LARYNX	DYSPNÉE
Sus-glottique	Toujours aiguë		Partie supé- rieure.	Constante, sur- tout inspira- toire.
Sous-glotti- que	Parfois chro- i ue	Moindre.	Partie infé- rieure.	19 fois nulle? constante (Cruveilhier) à la fois ins- piratoire et expiratoire.

En résumant d'un seul mot, ce qui concerne la laryngite érysipélateuse, on peut dire que si la scarlatine n'aime pas le larynx, l'érysipèle interne a pour siège de prédilection le tissu sous-muqueux de cet organe, au double titre, de sa facile propagation de l'un à l'autre des deux couches similaires et continues peau et muqueuse (Lailler) et aussi de sa nature inflammatoire avec exsudat infiltrant le tissu sous-jacent et commun aux deux revêtements.

27. Elections.

MM. H. DE BOYER, LEROUX et BULTEAU, sont nommés *membres-adjoints* de la Société anatomique. M. PETITFILS est nommé *membre correspondant*.

DÉCEMBRE

Séance du 7 décembre.

PRÉSIDENCE DE M. CHARGOT.

1. Anévrisme de la crosse de l'aorte.—Trachéotomie.—Mort;
par M. BULTEAU, interne.

Le 12 novembre 1877 est entré à l'hôpital Beaujon, salle Saint-Jean, n° 6 (service de M. GUYOT), le nommé Berg... âgé de 57 ans. Depuis quatre ans, il est sujet à de légères oppressions, sans gravité aucune, qui ne l'ont jamais empêché de travailler. Il est surveillant à la Compagnie des omnibus et se fatigue peu dans l'exercice de ses fonctions. Le 28 octobre 1877, de grand matin en sortant de chez lui, il fut pris tout-à-coup d'un grand accès d'oppression avec râle trachéal et toux sifflante; il lui fut impossible de regagner à pied sa demeure. Depuis cette époque, l'oppression a persisté plus ou moins forte, en présentant des exacerbations presque tous les jours.

Etat actuel. Le malade est grand, fort, vigoureux et a toutes les apparences d'une bonne santé habituelle. La dyspnée est extrême et la face cyanosée. L'inspiration est active et accompagnée de ce bruit trachéal tout particulier qui a été décrit sous le nom de cornage. La voix est faible, enrouée; avant le premier accès de suffocation du 28 octobre, le malade avait au contraire une très forte voix, à tel point que ses amis lui reprochaient souvent de parler trop haut.

A l'auscultation des poumons, on n'entend pas le murmure vésiculaire qui est masqué par le bruit trachéal. La matité précordiale est augmentée notablement; la pointe du cœur bat dans le cinquième espace intercostal, un peu en dehors

du mamelon. Les bruits du cœur sont un peu sourds, mais bien frappés et sans mélange de bruit étranger. Le pouls de la radiale est identique à droite et à gauche; les artères sont un peu athéromateuses.

Diagnostic. Tumeur du médiastin comprimant la trachée et les récurrents; très-probablement anévrysme de la crosse de l'aorte. — *Traitement.* Bromure de potassium, 4 grammes.

14 novembre. La dyspnée est moindre; l'enrouement de la voix disparaît par instant.

18 novembre. Accès de suffocation intense durant deux heures avec altération de la voix et cornage. — *Traitement.* Valériate d'atropine, 1 milligramme.

Le 21, nouvel accès. Le 22, le malade est asphyxiant.

Dans l'hypothèse que la contracture des cordes vocales pouvait être la cause de l'asphyxie, la trachéotomie est pratiquée immédiatement, par le procédé ordinaire en trois temps; l'opération se fait très-facilement, sans hémorrhagie. Le malade n'est pas soulagé après l'introduction de la canule, l'asphyxie persiste comme précédemment et le 23 le malade meurt.

AUTOPSIE. — Le larynx est intact. Les poumons sont emphysémateux. Le cœur est très-hypertrophié; les valvules aortique et mitrale sont épaissies, indurées et manifestement insuffisantes. L'aorte depuis son origine est considérablement dilatée, mais sa plus grande dilatation existe au niveau de la partie supérieure de la convexité de la crosse. Là, en effet, elle forme une énorme tumeur du volume du poing qui donne naissance au tronc brachio-céphalique et aux artères carotide primitive et sous-clavière gauches; elle refoule la trachée à droite en la comprimant, et fait véritablement corps avec elle. Le nerf pneumogastrique et le récurrent du côté droit sont libres de toute connexion avec la tumeur anévrysmale. À gauche, au contraire, le pneumogastrique et la branche récurrente qu'il fournit, là où il croise la crosse aortique, sont intimement adhérentes aux parois de la poche de l'anévrysme, et une dissection minutieuse les fait découvrir difficilement au milieu du tissu fibreux induré qui les enveloppe de toutes parts. Les parois de la tumeur sont revêtues de productions calcaires témoignant d'une artérite chronique ancienne. À l'intérieur de la poche anévrysmale on trouve une couche assez épaisse de caillots fibrineux, décolorés, peu adhérents aux parois. L'ouverture de la trachée fait voir qu'elle est presque incomplètement obturée par la compression exercée sur sa partie latérale droite par la tumeur, ce qui explique suffisamment le cornage observé pendant la vie du malade.

M. HOUEL a vu pratiquer quelquefois la trachéotomie pour des cas d'anévrysme de l'aorte. Presque jamais l'opération n'a soulagé les malades, et jamais elle n'a paru retarder sensiblement la terminaison funeste. M. Houel pense donc que lorsque le diagnostic d'anévrysme de l'aorte a été posé, il faut s'abstenir d'avoir recours à la trachéotomie.

M. PETIT est d'avis qu'au point de vue de l'opportunité de cette opération il convient de distinguer les cas dans lesquels la dyspnée tient à la compression des récurrents de ceux où elle est due à l'aplatissement de la trachée. La trachéotomie utile dans les cas de paralysie des cordes vocales résultant de la compression des récurrents, serait au contraire contre-indiquée quand la tumeur comprime la trachée au point de diminuer assez son calibre pour mettre obstacle à l'entrée d'une quantité suffisante d'air dans les poumons.

M. MARCHANT rappelle que M. Binet a soutenu dans sa thèse inaugurale des opinions qui se rapprochent un peu de celles que vient d'exposer M. Petit. Il soutient en particulier que la trachéotomie peut être utile dans un certain nombre de cas de spasme laryngien.

M. HAYEM dit que très-rarement la trachée est assez aplatie pour que l'introduction de l'air soit notablement gênée. Il a eu l'occasion d'observer un malade (*Gaz. hebdomadaire*, 1865), chez lequel des symptômes de dyspnée paroxystique avaient été provoqués par une tumeur ganglionnaire qui comprimait les nerfs récurrents sans aplatiser la trachée.

M. CHARCOT pense que dans la grande majorité des cas d'anévrysmes de l'aorte accompagnés de troubles respiratoires, la dyspnée paroxystique doit être rapportée aux lésions nerveuses et non pas à l'aplatissement de la trachée. Dans d'autres circonstances, le spasme laryngé peut être produit par des lésions bulbaires. M. Charcot a en ce moment dans son service une malade atteinte d'ataxie locomotrice progressive qu'il a présentée tout récemment à son cours clinique de la Salpêtrière, et qui présente à un haut degré ce spasme laryngien d'origine bulbaire.

M. SCHMIDT présente un polype muqueux des fosses nasales enlevé par M. Trélat. L'observation n'a pas été remise.

2. Corps fibreux de l'utérus; par le docteur C. GALLOPAIN, médecin-adjoint de l'Asile d'aliénés d'Evreux.

Utérus petit se présentant sous forme d'une tumeur bilobée dans son grand axe: le premier lobe, du volume d'une grosse cerise, correspond au corps de l'utérus, le second lobe, du volume des deux poings, est implanté sur la base de l'utérus.

Len... Marie, 65 ans, est entrée à l'Asile d'aliénés d'Evreux, le 14 décembre 1874 (service de M. BROG). Cette malade, en démence, ne connaît ni son âge, ni même son nom, n'a aucune conscience de ses actes, et ne peut répondre convenablement aux questions qu'on lui adresse. Elle est très-affaiblie, peut à peine marcher, et porte, dans le flanc droit, une tumeur volumineuse, très-dure, indolente. Len... est dans un tel état d'affaiblissement intellectuel, qu'il est impossible d'obtenir d'elle le moindre renseignement sur le développement de cette tumeur. Depuis le mois de septembre 1875, cette femme a continuellement gardé le lit; des eschares se sont formées au niveau du sacrum, des trochanters, le long de la colonne vertébrale, et Len... est morte dans le marasme, le 6 octobre 1877. Pendant les trois ans qu'elle a vécu à l'asile, sa tumeur est restée absolument stationnaire.

AUTOPSIE. — Abdomen. Dans la fosse iliaque droite, à la base du cœcum, se trouve une tumeur pyriforme, à grosse extrémité dirigée en haut et qui dépasse de 3 à 4 cent. le bord de l'os coxal. Le cœcum est situé à gauche, se dirige de gauche à droite, passe au-dessus de la partie supérieure de la tumeur et fait un angle aigu avec le colon ascendant qui suit sa direction normale. Ovaires normaux à la place occupée normalement par l'utérus, se trouve un utérus anormalement petit, de forme cylindrique, gros comme une petite noix, immédiatement surmonté par une tumeur du volume des deux poings qui paraît s'être développée entre le fond même de l'utérus et le revêtement que lui forment, à leur base, les ligaments larges.

La section de l'utérus faite parallèlement à son axe antéro-postérieur, montre que sa forme marronnée est due au développement, dans l'épaisseur même de sa paroi antérieure, d'un corps fibreux intra-pariétal, corps fibreux ayant le volume d'une grosse cerise. Cavité et paroi postérieure de l'utérus indemnes.

Quant à la grosse tumeur, elle est constituée par un énorme corps fibreux infiltré de gros noyaux calcaires et athéromateux, ces derniers assez gros et assez nombreux pour former

moitié au moins du volume total de la tumeur. Poids de la tumeur 1262 grammes.

3. Parésie du membre supérieur droit. — Hémiplegie faciale inférieure droite, survenue lentement sans phénomènes cérébraux appréciables. — Mort. — Autopsie: Tuberculose méningée en plaque occupant la partie inférieure de la scissure de Rolando (1). Tubercules et petits noyaux caséeux dans les deux poumons. Néphrite caséo-tuberculeuse du rein droit : deux granulations tuberculeuses dans le rein gauche ; par L. LANDOUZY.

L... Louis-Etienne, 58 ans, cordonnier, entré à la Charité (Clinique de M. Hardy), le 21 novembre, pour une faiblesse considérable survenue, il y a quelques jours, dans le membre supérieur droit, « après que la bouche, tirée du côté gauche, » avait fort gêné l'alimentation et la parole. »

Cette paralysie de la face et du bras s'est montrée sans phénomènes bien appréciables, sans perte de connaissance, sans difficulté aucune pour l'énoncé des mots (pas d'aphasie), sans maux de tête: cependant, L..., qui ne se dit pas malade, trouve, que depuis le commencement du mois, il n'est pas dans son assiette ordinaire : son appétit, son entrain, son état général différent de ce qu'ils sont d'ordinaire. Pas de paralysies ni de perte de connaissances antérieures.

Commissure labiale gauche entraînée vers l'oreille gauche : L... parle assurément avec plus de difficultés que n'en ont les malades atteints d'hémiplegie : ces difficultés doivent être en grande partie rapportées à un dentier qu'il est obligé de réassujétir, à chaque instant, avec la main gauche. Pas de déviation de la langue ou du voile du palais.

Tout le membre supérieur droit semble lourd au malade qui dit ne point éprouver d'autres sensations, n'avoir ni douleur, ni fourmillements. Aucune contracture.

L... exécute lentement, lourdement, à peu près tous les mouvements qui lui sont commandés, et fait jouer les différents segments de son membre les uns sur les autres, mais il le fait péniblement et sans force, à telle enseigne que le bras reste presque toujours étendu le long du corps. De la main droite, L... serre si faiblement que c'est à peine si l'on sent son étreinte, tandis qu'à gauche, la poigne est vigoureuse.

(1) Voir le schéma des lésions cérébrales dans l'Album de la Société.

Aucun trouble de sensibilité. Température objective et subjective la même que dans le membre supérieur gauche. Pouls radial droit semblable au pouls gauche: radiales dures, noueuses, manifestement athéromateuses: commencement d'arc sénile. — Intégrité absolue des membres inférieurs: L... n'a jamais ressenti dans la jambe droite qui le porte aussi vigoureusement que la jambe gauche. — Pas de douleurs de tête, pas de bourdonnement d'oreilles.

Respiration normale comme fréquence: L... dit tousser quelque peu depuis plusieurs semaines: à peine quelques râles disséminés dans la poitrine avec prédominance vers les régions supérieures: pas d'expectoration. Battements du cœur un peu forts, secs et parcheminés à la base. Tube digestif indemne.

L... dit uriner fréquemment, plus fréquemment qu'autrefois: assez souvent la miction est quelque peu douloureuse, de plus, les urines donnent un dépôt blanchâtre.

L'examen des urines montre que le dépôt assez abondant est formé en presque totalité de cristaux d'acide urique, d'urates et de phosphates de chaux: les urines essayées par l'ammoniaque ne se prennent pas en gelée, de plus, l'examen microscopique y décèle fort peu de leucocytes.

L... affirme n'avoir jamais ressenti de douleurs aiguës du côté des reins ou de la vessie, mais souffrir, depuis longtemps déjà, de malaises et de pesanteurs qui se font sentir dans les lombes: la palpation ne provoque pas de douleur: jamais de sang dans les urines, jamais le moindre œdème.

En présence des commémoratifs fournis par le malade, étant donnés ses antécédents, son âge, le mode d'évolution de ses accidents parétiques, ses artères athéromateuses, son état général, en somme, assez bon, on se rattache à l'idée d'une thrombose artérielle, d'une ischémie cérébrale causée par un athérome des vaisseaux irriguant les parties inférieures de la région motrice de l'hémisphère gauche.

Pour ce qui est des troubles urinaires, on les met sur le compte d'un certain degré de néphrite interstitielle calculeuse.

Les jours suivants même état général, même état parétique du membre supérieur droit qui peut se mouvoir mais sans habileté et sans force. Le 27 novembre (six jours après l'entrée du malade à l'hôpital), L... est pris de subdélire, marmotte des phrases sans suite, se lève à plusieurs reprises et se promène en chemise dans la salle.

28 novembre. Pouls un peu fréquent, tempér. rectale 38°, 4: même état du bras toujours en paralysie flasque.

L..., tousse un peu: râle un peu plus nombreux, prédomi-

nant dans les régions supérieures et postérieures du thorax.

Les urines déposent davantage : le dépôt est le même que lors de l'entrée à la Charité. Peu d'appétit : sommeil troublé par un peu de délire de paroles.

Les jours suivants, L... cesse de prendre aucune nourriture, la langue se sèche, la température s'élève (T. rectale 38°, 7), le subdéliire est presque continu. La paralysie du membre droit est toujours la même, toujours flasque : peut-être l'hémiplégie faciale inférieure droite est-elle moins accusée : sa moindre apparence tient peut-être à ce que le malade ayant retiré son dentier, les joues et les lèvres ne sont plus soutenues ? — Mort le 30 novembre.

AUTOPSIE. — *Encéphale* : Vaisseaux de la base peu athéromateux : les artères de l'hexagone sont perméables aussi bien que les origines des sylviennes.

Sur la pie-mère des régions supérieures et latérales des lobes frontaux, quelques rares granulations tuberculeuses isolées, du volume de la tête de petites épingles : pas d'exsudats autour de ces granulations.

En tous points la pie-mère a conservé son aspect, son épaisseur ordinaire, en tous points elle s'enlève facilement : la seule région qui présente des lésions appréciables est la partie qui correspond aux deux tiers inférieurs de la scissure rolandique de l'hémisphère gauche.

En ce point, la pie-mère apparaît moins lisse et plus foncée que partout ailleurs : elle est plus épaisse : ces caractères anormaux apparaissent encore plus manifestes quand on écarte les lèvres de la scissure.

En pénétrant dans le sillon de Rolando, par écartement des circonvolutions frontale ascendante et pariétale ascendante, on voit qu'il est rempli dans son fond et sur ses bords par une plaque ayant trois centimètres dans son plus grand diamètre vertical, plaque étendue depuis la partie inférieure du sillon jusqu'à l'union de son tiers moyen avec son tiers supérieur : cette plaque qui remplit le sillon en formant un véritable revêtement aux faces postérieure et antérieure des circonvolutions frontales ascendante et pariétale ascendante, est tout entière formée par l'accumulation de granulations tuberculeuses miliaires, blanc-grisâtre variant du volume d'une petite tête d'épingle à celui d'un fort grain de millet.

Au-dessous des granulations, la pie-mère est blanc-brunâtre, plus foncée dans les parties voisines, mais elle n'est ni pénétrée ni soulevée par un exsudat. La pie-mère peut être enlevée (avec les granulations qui se sont développées sur elle) sans entraîner la substance cérébrale qui ne paraît point enflammée, son aspect est un peu rosé-ponctiforme : les branches

des sylviennes sont perméables et ne sont engainées ni par des granulations ni par des manchons d'exsudats puriformes.

En somme, il s'agit ici d'une poussée de granulations tuberculeuses dont l'éclosion s'est faite en masse dans la scissure de Rolando du côté droit : il s'agit ici de tuberculose méningée sans participation appréciable des méninges et de l'encéphale, sans méningo-encéphalite concomitante et secondaire.

Thorax : Poumons. Infiltration tuberculeuse peu étendue et commençante très-nette des deux sommets avec quelques noyaux caséux du volume de gros pois.

Cœur : Volume moyen. Etat dépoli des valvules sigmoïdes : plaques scléreuses sur la crosse aortique et l'aorte abdominale.

Rein droit : Volume normal. La décortication se fait difficilement en entraînant des lambeaux de la substance corticale parsemée de petits abcès du volume de têtes d'épingles. A la coupe, la substance corticale apparaît creusée de véritables cavités et de petits foyers caséo-purulents. Pas de calculs, mais en deux points, granulations tuberculeuses évidentes. — *Rein gauche* : Dans la substance corticale une granulation blanc-jaunâtre du volume d'une tête d'épingle.

REMARQUES. — Cette observation est intéressante à plusieurs points de vue : au point de vue clinique en ce sens que la tuberculose a évolué sourdement, presque silencieusement comme elle le fait, parfois, chez le vieillard ; au point de vue de la physiologie pathologique et de la question des localisations cérébrales, car si le diagnostic n'a pas été confirmé en tant que *nature* de la lésion, il a été vérifié de tous points en tant que *siège* des lésions qui ont produit les phénomènes parétiques de la face et du membre supérieur du côté droit : ce sont là des considérations qu'a développées M. Hardy en rappelant l'histoire du malade et en montrant aux élèves le siège et l'étendue des lésions (Clinique de la Charité, 4 décembre).

4. Lésion de l'écorce cérébrale avec extension au centre ovale. — Accidents épileptiformes. Hémiplégie ; par Charles MAYGRIEN, interne des hôpitaux.

Allègre Geneviève, âgée de 36 ans, de profession suspecte, entre à l'hôpital Saint-Antoine, le 17 octobre 1877, (service de M. MESNET.) La malade n'est pas alcoolique et nie tout antécédent syphilitique. Elle déclare être souffrante depuis dix-huit mois environ, et fait remonter l'origine de son état actuel à des coups qui lui auraient été portés sur le côté gauche de la tête. Elle aurait reçu à plusieurs reprises de violents coups

de poing en cet endroit, et depuis ce moment, elle a ressenti des douleurs localisées à la région pariétale gauche. Peu de temps après sont survenues des attaques épileptiformes, se renouvelant assez fréquemment surtout la nuit (chute subite, convulsions, écume et morsures de la langue, etc.) — Enfin, il y a à peu près quatre mois, elle s'est aperçue que son côté droit était plus faible que le gauche, et cette paralysie, d'abord peu marquée a augmenté progressivement.

A son entrée à l'hôpital, le malade présente l'état suivant : céphalalgie assez vive, nettement localisée à la partie gauche du crâne; hémiparésie de tout le côté droit du corps, y compris la face. La jambe droite est beaucoup plus faible que la gauche; la malade marche en sautant. Le bras droit pend à peu près inerte; cependant son élévation est possible jusqu'à la hauteur du visage; enfin, dans la moitié droite de la face, les traits sont étalés, sans rides, la commissure labiale est abaissée, etc.; mais l'orbiculaire des paupières a conservé toute son action. La langue est légèrement déviée du côté paralysé; la parole est un peu embarrassée. L'intelligence est nette et la mémoire paraît fidèle. Il n'existe aucun trouble de la sensibilité dans les parties paralysées.

L'état général est bon, les urines sont normales et ne contiennent ni sucre, ni albumine. Dès les premiers jours de son entrée à l'hôpital la malade est prise d'attaques convulsives, ayant lieu particulièrement la nuit. Elle en a une à peu près tous les trois ou quatre jours.

L'état reste le même jusque vers le 25 novembre; à partir de ce jour, les attaques deviennent bien plus nombreuses; il y en a quatre dans la nuit du 25 au 26 novembre, quatre encore dans la nuit du 26 au 27. Elles augmentent les jours suivants, et le 29 novembre, il se produit durant toute la journée une série d'accès subintrants.

Pendant ces accès, la malade présente l'aspect suivant : d'abord convulsions toniques de deux à trois secondes de durée, puis convulsions cloniques prédominant d'une façon remarquable dans le côté paralysé. Le pouce est dans la paume de la main, entouré par les autres doigts. La tête se tourne du côté de l'hémiplégie, par conséquent à droite et un peu haut; les yeux sont convulsés dans le même sens. Par moments, les accès se bornent à des convulsions limitées à la face, sans que les muscles des membres y prennent part. Ces convulsions ont pour siège presque exclusif le côté droit de la face. — La mort a lieu dans le coma le 30 novembre à 9 h. du matin.

AUTOPSIE. — Les viscères abdominaux sont sains; les poumons et le cœur ne présentent aucune lésion appréciable; mais

sur l'aorte, dans une assez longue étendue existent des plaques athéromateuses, s'arrêtant nettement au niveau des valvules sigmoïdes qui sont indemnes. En quelques points de petites dilatations anévrysmales se sont déjà produites.

Caroté crânienne. La dure-mère est saine, la pie-mère assez fortement congestionnée; elle se décortique facilement, sauf en un point qui occupe la partie externe de l'hémisphère gauche. A cet endroit, elle est grisâtre, épaissie et résistante, et un peu enfoncée dans la substance cérébrale, à laquelle elle adhère intimement dans une étendue de la largeur d'une pièce cinq francs. Ce point correspond exactement à la *partie inférieure des deux circonvolutions frontale et pariétale ascendante* et à la partie moyenne de la scissure de Sylvius dont les deux lèvres sont accolées.

Sur les coupes verticales on constate que dans les deux tiers inférieurs la lésion intéresse la substance grise seule: mais vers sa partie supérieure, elle se prolonge en outre dans cette portion du centre ovale désignée d'après la nomenclature de M. Pitres sous le nom de *faisceau fronto-pariétal moyen*.

Cette lésion, dont l'examen histologique n'a pu être fait, offre tous les caractères d'une cicatrice; en effet, la pie-mère est déprimée à son niveau et confondue avec la substance cérébrale, qui présente un aspect jaunâtre avec quelques points ocreux plus foncés. Si l'on écarte l'idée d'une gomme ramollie et cicatrisée, puisque la malade n'ait tout accident spécifique et que d'ailleurs on n'a pu trouver en aucun autre point de l'économie de traces de la diathèse syphilitique, l'hypothèse la plus admissible est celle d'une lésion traumatique.

RÉFLEXIONS. — Cette observation est surtout intéressante en ce qu'elle s'accorde parfaitement avec les données récentes sur les localisations de l'écorce cérébrale et du centre ovale. En effet, d'après les théories actuelles, la lésion du pied des circonvolutions frontale et pariétale ascendante rend compte de la paralysie faciale, et son extension au faisceau fronto-pariétal moyen du centre ovale suffit pour expliquer la paralysie des membres observée pendant la vie.

M. DUPUY présente un *cancer de la rate*. L'observation n'a pas été remise.

M. GAUCHER présente une *hémorrhagie cérébrale*. L'observation n'a pas été remise.

5. Election.

M. ULLIAC est nommé *membre correspondant* de la Société anatomique.

Séance du 14 décembre.

PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

6. Anomalie de développement d'un pariétal; déformation oblique ovale et déformation latérale particulière du crâne; par Ch. FÉRÉ, interne des hôpitaux.

La pièce que je présente tire son intérêt de ce qu'elle offre une anomalie de développement rare, puisqu'on n'en voit que trois exemples au Musée d'anthropologie dont un sur un fœtus et deux sur des crânes adultes provenant de la collection Esquirol; cette anomalie a pour conséquence une déformation spéciale que je n'ai trouvée décrite nulle part. C'est un crâne d'enfant du sexe masculin mort-né à terme, dont le corps ne présentait aucun vice de conformation appréciable, autant qu'on en pouvait juger sans dissection.

Sur la tête recouverte de ses téguments, on remarquait dans la région pariétale gauche, une dépression linéaire antéro-postérieure, analogue à celle qui correspond à la suture sagittale et à peu près parallèle à celle-ci. Le crâne étant mis à nu, on lui trouve les dimensions suivantes;

Diamètre longitudinal maximum.....	108 mm.
" transversal maximum.....	90
" oblique droit maximum.....	107
" oblique gauche maximum.....	102
Circonférence maximum.....	300

(Les deux demi-circonférences sont rigoureusement égales).

Le *pariétal gauche* est divisé par une suture longitudinale supplémentaire située à 46 mm. en dehors de la suture sagittale à sa partie antérieure et seulement à 40 mm. à sa partie postérieure. A première vue, les deux pariétaux paraissent inégaux; mais les différences sont rendues plus appréciables par la mensuration :

Longueur à la partie inférieure suivant une ligne horizontale passant par le bord de l'écaïlle du temporal; à droite.....	53 mm.
à gauche.....	60
Longueur à la partie supérieure à un centimètre en dehors de la suture sagittale; à droite.....	80
— à gauche.....	80
Bord antérieur; à droite.....	80
— à gauche.....	90
Bord postérieur; à droite.....	62
— à gauche.....	70
De l'angle antéro-inférieur à l'angle postéro-supérieur; à droite.....	100
à gauche.....	110
De l'angle antéro-supérieur à l'angle postéro-inférieur; à droite.....	97
à gauche.....	102
Hauteur à la partie moyenne; à droite.....	82
— à gauche.....	97

La bosse pariétale est beaucoup moins saillante à gauche qu'à droite. En outre la position de cette bosse diffère des deux côtés: le point le plus proéminent est situé à gauche plus en avant et sur un plan inférieur.

Distance du sommet de la bosse pariétale au bord antérieur de l'os; à droite.....	29 mm.
à gauche.....	23
Distance du même point au bord inférieur du pariétal; à droite.....	27
à gauche.....	19

La forme générale des deux pariétaux est aussi différente si on considère le crâne suivant son diamètre vertico-transversal, on voit que la convexité du pariétal gauche forme une courbe à peu près régulière qui se rapproche sensiblement d'un segment de circonférence; tandis que le pariétal droit présente un contour anguleux, le sommet de l'angle correspondant à la bosse pariétale.

On a remarqué que vers son bord inférieur, le pariétal

gauche offre une longueur de 2 mm. de plus que le droit ; cette différence qui aurait entraîné une inégalité entre les deux demi-circonférences du crâne, est compensée par une *asymétrie de l'occipital* qui a une largeur plus considérable à droite (32 mm.) qu'à gauche (30 mm.) ; grâce à cette autre anomalie, les proportions se trouvent exactement rétablies. Les deux frontaux ont les mêmes dimensions en largeur, mais le droit est beaucoup plus bombé et la bosse frontale est notablement plus saillante de ce côté.

On se rend bien compte des différences de forme que présentent, malgré l'égalité de leur longueur, les deux demi-circonférences du crâne, si, après avoir moulé avec un ruban de plomb la courbure de chacune d'elles, on les inscrit l'une sur l'autre en renversant la seconde de telle sorte que les deux convexités soient tournées du même côté. On voit ainsi que le contour de la bosse frontale droite dépasse de 2 mm. en avant celui de la bosse frontale gauche, tandis que le point qui correspond à l'extrémité postérieure du diamètre oblique est, au contraire situé 3 mm. plus en arrière à gauche. On retrouve donc indirectement, par ce procédé, la différence des deux diamètres obliques.

Il existe donc une *déformation oblique ovale* du crâne bien manifeste. Mais la déformation principale est une *déformation latérale à type particulier*, produite par l'exagération des dimensions verticales du pariétal anormalement développé.

L'asymétrie peut se constater aisément en mesurant transversalement la convexité du crâne, suivant un plan vertical perpendiculaire au plan alvéolo-condylien et passant par le centre des deux cercles tympanaux. Cette courbe bi-auriculaire qui, chez le nouveau-né ne passe pas par le bregma comme chez l'adulte, mais beaucoup plus en arrière, présente ici une longueur totale de 225 mm. La suture sagittale n'occupe pas, à beaucoup près, le milieu de cette courbe ; la partie située à gauche a 120 mm. de long, la partie droite seulement 105 mm. Ces chiffres montrent bien que la déformation latérale est de beaucoup plus importante que la déformation oblique ovale.

Cette déformation latérale du crâne est sous la dépendance de l'exagération des dimensions verticales du pariétal due à la présence d'une suture supplémentaire, qui, elle-même, est la conséquence d'une anomalie de développement. Si, en effet, on examine de près ce pariétal gauche formé de deux pièces, on voit qu'au lieu de présenter un seul point d'ossification primitif correspondant à la bosse pariétale et d'où partent des fibrilles qui divergent vers les différents points de la périphé-

rie de l'os, il existe deux centres d'irradiation de fibrilles : un pour la pièce inférieure correspondant à la bosse pariétale qui, on l'a déjà vu, n'occupe pas une position symétrique à celle du côté opposé ; et un autre pour la pièce supérieure situé sur un plan un peu postérieur. Au niveau de la ligne de séparation des 2 pièces, les fibrilles s'engrènent comme aux autres sutures ; il s'agit donc bien d'une véritable *suture médio-pariétale* située à la limite d'envahissement des deux points d'ossification primitifs.

Or, on admet généralement que, bien que la croissance interstitielle semble démontrée (Gudden : *Recherches expérimentales sur la croissance du crâne*; trad. Forel, 1876). le développement des os du crâne se fasse surtout par les bords suturaux ; l'accroissement se fait par l'allongement des fibrilles, et les expériences de M. Gudden (*Ibid.*, p. 9). prouvent seulement que l'excision de l'extrémité terminale de ces fibrilles est impuissante à l'empêcher. On pouvait théoriquement déduire de là que lorsque les sutures, et par conséquent l'étendue des bords suturaux se multiplient, la croissance doit s'exagérer en proportion, d'où il résulte une déformation de la boîte crânienne. Cette pièce et quelques autres qui présentent avec elle la plus grande analogie, viennent prouver matériellement cette hypothèse et donnent tort à M. Gudden qui nie l'accroissement par les bords suturaux. Du reste le mode d'expérimentation et le raisonnement de cet auteur (*Loc.cit.*, p. 11.) me paraissent absolument vicieux ; il pratique des sections avec le bistouri sur les os du crâne d'un jeune lapin et voyant que cette opération n'amène dans la suite aucune déformation, il conclut : que le nombre des sutures est sans influence sur la forme et le volume du crâne. Mais son opération a produit une fracture d'un genre spécial et non pas une suture supplémentaire ; car les sutures étant formées par la limite d'envahissement de deux points d'ossification primitifs, on ne peut pas en produire artificiellement.

L'influence de la suture médio-pariétale supplémentaire est surtout rendue bien manifeste par ce fait, que c'est dans le sens vertical que s'est faite l'exagération de développement, tandis que l'augmentation en longueur est très-peu importante. Il en résulte que la déformation de la courbe transversale ou bi-auriculaire est très-considérable ; celle de la circonférence est au contraire beaucoup moins sensible, elle manque même complètement dans des cas analogues.

J'ai profité de cette occasion pour rechercher les modifications que la déformation oblique ovale apporte dans les rapports des sillons du cerveau avec les sutures du crâne. J'ai étudié ce point particulier par le procédé que j'ai indiqué pré-

cédemment (*Bul. soc. anat.*, 1877, p. 478.) et qui présente, comme on le voit, entre autres avantages, la possibilité d'étudier le cerveau en place et même de l'enlever tout en conservant le crâne entier. Voici les résultats que j'ai obtenus : les distances rolando-coronales inférieures étaient exactement les mêmes des deux côtés (15 mm.), les rolando-coronales supérieures étaient, à droite, 24 mm. ; à gauche, 28. De ces deux derniers chiffres, le moindre correspondant au plus grand diamètre oblique ; le sillon de Rolando était plus avancé du côté de la bosse frontale la plus saillante. Quant aux rapports du sillon occipito-pariétal avec le lambda, ils présentaient, comme on devait s'y attendre, une différence qui concorde avec la première. Le sillon droit s'avance de 13 mm. en avant du lambda ; le gauche seulement de 10 mm. Il est vraisemblable qu'on retrouvera ces différences dans tous les cas de plagio-céphalie quelle qu'en soit la cause.

7. Atrophie cérébrale et cérébelleuse croisée. Asymétrie de la moelle ; atrophie du pied de la frontale et de la pariétale ascendantes, chez un sujet atteint depuis son enfance d'atrophie des membres et de contracture à forme hémiplegique ; par Henry C. de BOYER, interne des hôpitaux (1).

Le nommé Ch. . . (Adolphe), âgé de 45 ans, entré le 15 juillet 1877 à l'infirmerie de Bicêtre, salle Saint-André, n° 3 (service de M. Bouchard), est atteint de tuberculose pulmonaire et d'une atrophie des membres supérieur et inférieur du côté droit. M. Legroux, alors chargé du service, constate des lésions cavitaires étendues aux deux sommets, avec leurs signes classiques ; il y a un peu d'albumine dans les urines du malade ; rien au cœur, au foie, à l'intestin. L'intelligence est bien conservée.

Le malade raconte être infirme depuis son enfance ; il ne sait préciser à quel moment il a été frappé d'hémiplegie, ni s'il eut, à cette époque, des convulsions. Tout ce qu'il affirme c'est d'avoir été bien conformé pendant les premières années qui suivirent sa naissance, être tombé malade en bas âge, avoir été hémiplegique peu de temps, et ensuite, devenu infirme, avoir peu à peu vu ses membres droits s'atrophier.

Le bras droit, fort amaigri, est plus petit que le gauche, comme le démontrent les mesures ci-dessous : il est encore un peu mobile, mais moins qu'à la jambe correspondante. La sensibilité tactile, celle à la douleur et celle à la température sont conservées ; il n'y a pas d'incoordination motrice. La main est dans la demi-flexion, le doigt indicateur est étendu,

(1) Dessins dans l'Album de la Société.

la forme du carpe est arrondie, mais il n'y a pas cette régularité et cette rondeur de courbe qu'on remarque d'ordinaire dans la main bot.

La jambe droite, également atrophiée, flasque dans ses muscles, est déformée dans ses articulations du cou-de-pied, qui a pris la forme d'un pied bot équin un peu varus : elle est également pourvue de toutes ses sensibilités ; il n'y a pas d'exagération des mouvements réflexes, pas de troubles des sphincters, pas de douleurs spontanées ni provoquées.

La face ne semble pas asymétrique au premier abord, cependant en regardant attentivement, elle est visiblement plus petite à droite qu'à gauche ; il n'y a jamais de troubles cérébraux ou bulbaires, ni épilepsie complète, ni épilepsie partielle.

	COTÉ G. (atrophié)	COTÉ D. (normal)
Humérus.....	22	31
Radius	21	25
Cubitus.....	25	27
Main (longueur).....	17	19
Pied (longueur).....	17	22
Tour du bras (1/3 supérieur).....	14	16 1/2
— (1/3 moyen).....	13	15
— (1/3 supérieur).....	16	16
Tour avant-bras (à la moitié).....	14	15
Tour du poignet.....	14 1/2	15
Ep. il. ant. supér. au talon.....	30	32
Tour de cuisse (grand trochanter).....	37	38
— (à la moitié).....	24	26
— (sus-rotulienne).....	22	24
Tour de jambe (à la moitié).....	17	20
Tour du cou-de-pied.....	20	21
De l'acromion à l'épicondyle.....	27 1/2	28
De l'acromion à l'épitrachée.....	27	30
Ep. il. ant. sup. à tête péronéale.....	47	46 1/2
Ep. il. ant. sup. à malléole externe.....	77	76 1/2
Rotule au 2° ongl.....	52	53

On voit, par ces chiffres, que les dimensions des os en longueur étaient notablement réduites à droite, et que l'atrophie musculaire était aussi fort prononcée ; les trois dernières mesures ont été prises sur le cadavre, la cuisse du côté sain

se trouvait un peu fléchi, c'est ce qui explique que deux des mesures partant de l'épine iliaque aient paru moins considérables du côté sain que du côté malade. — Le malade succomba aux progrès de sa phthisie le 30 août.

AUTOPSIE. — Nous n'insisterons pas sur les lésions pulmonaires (tuberculose troisième degré) et rénales (reins gras).

Cerveau. Le crâne est asymétrique, son volume est plus considérable à droite qu'à gauche, ce qui correspond à une atrophie cérébrale croisée. L'hémisphère cérébral droit est de beaucoup plus considérable que le gauche, et pour le cervelet, c'est le contraire, le lobe latéral gauche de cet organe étant plus considérable que celui du côté droit; cette disposition correspond à une asymétrie de la moelle, dont la moitié gauche est beaucoup plus prononcée que la droite. Il n'y a pas de lésions des noyaux gris ni de la masse cérébrale en aucun point, sauf une plaque blanche laiteuse, adhérente à la substance cérébrale, située sur la *face externe du lobe gauche du cerveau, au niveau de la 2^e frontale externe, près de son pied, et sur l'origine des circonvolutions frontale ascendante et pariétale ascendante, de chaque côté de la naissance du sillon de Rolando et un peu au-dessus de la branche horizontale de la scissure sylvienne.* Le foyer de désintégration s'étend jusque vers le ventricule latéral de ce côté, mais cependant ne l'atteint pas. Une adhérence assez intime siège sur le lobule lingual. On peut suivre dans le bulbe et la moelle la trace de la lésion scléreuse descendante qui a envahi les cordons antéro-latéraux.

RÉFLEXIONS. — Ce cas nous a semblé fort intéressant comme exemple d'arrêt de développement causé par une lésion cérébrale survenue dans les premiers âges de la vie, sans qu'on puisse préciser de quelle nature était la lésion : elle était toute corticale, bien limitée, et a déterminé évidemment une dégénération médullaire et une myélite secondaire, d'où l'arrêt de développement du système osseux et l'impuissance musculaire ; il est donc probable que c'est cette lésion qui a causé l'atrophie de la moelle et non la lésion de la moelle qui a déterminé la cicatrice cérébrale que nous constatons. Le ramollissement ou l'hémorrhagie étant assez rares dans les premiers âges de la vie, il nous semble possible de supposer l'existence d'une petite tumeur, comme un gliome au sein duquel se serait produite une hémorrhagie, on aurait ainsi, peut-être, l'explication du siège insolite de la lésion et de sa parfaite délimitation.

On se rend aussi fort bien compte des atrophies cérébrales successives qui se sont produites : la destruction du territoire cortical de la base de A et B a causé la perte de fonctions des

membres du côté droit par paralysie d'abord, par dégénération secondaire ensuite : le défaut de fonctionnement de tout le côté droit du corps a causé à son tour le défaut d'activité suffisante de l'hémisphère cérébral gauche qui a diminué de volume, tandis que l'hémisphère droit ne s'atrophiait pas, si même il ne s'hypertrophiait un peu, puis, comme dans tous les cas d'atrophie en masse d'un hémisphère cérébral, la partie correspondante du cervelet, c'est-à-dire le lobe opposé, s'est atrophie à son tour. (V. Turner. Colard). Le siège tout spécial de notre lésion était aussi intéressant, car on peut observer des destructions plus étendues de la substance corticale sans atrophie des membres, c'est le cas de l'observation suivante dont nous devons les éléments à l'obligeance d'un de nos collègues de Bicêtre, M. Ulliac.

8. Epilepsie, mort en état de mal; vaste plaque jaune occupant toute la face inférieure du lobe sphéno-occipital gauche (1); pas de paralysie ni d'atrophie; par C. DE BOYER, interne.

Il s'agit d'un enfant de 14 ans, épileptique, dans la section du Dr Falret, à Bicêtre. Il allait et venait, jouissait de ses facultés intellectuelles et en tous cas sensorielles; n'était pas paralysé, et quoique l'observation ne le porte pas, il est probable qu'il jouissait aussi de la sensibilité tactile, car il eut sans doute de lui-même appelé l'attention sur un défaut complet de sensibilité. Les membres mesurés après la mort étaient sensiblement pareils: le 10 novembre 1877, l'enfant est pris tout à coup de nouveaux accidents subintrants et meurt en état de mal, la température n'a malheureusement pas été prise; peut-être eût-elle montré qu'on avait affaire à de l'urémie comme permettent de le supposer les lésions rénales?

Les *reins* sont en effet le siège d'une néphrite intense, caractérisée par une congestion glomérulaire excessive, une hypertrophie de la substance corticale; en quelques points il y a déjà de l'altération graisseuse; les bassinets contiennent une certaine quantité de pus: on en retrouve également dans la vessie, où on ne trouve pas de calcul. Le *foie* est extrêmement congestionné; il présente quelques taches ecchymotiques sous la capsule de Glisson. Les *poumons* montrent en quelques points de petits noyaux d'hémorragies pulmonaires, de la congestion lobulaire en d'autres et même çà et là de véritables hémorragies sous-pleurales.

Le *cœur* est dur, contient quelques caillots noirs; on y re-

(1) Dessin dans l'album de la Société.

marque de l'athérome de l'origine de l'aorte et un état rugueux de la mitrale, sans que cependant les végétations semblent assez récentes et friables pour avoir pu donner lieu à un embolus.

Cerveau. Un peu de rougeur des méninges à la connexité, œdème cérébral et de la pie-mère; le cerveau est asymétrique. Quoique les pyramides et les deux lobes du cervelet soient semblables, l'hémisphère droit est plus volumineux que le gauche, et pourtant c'est celui qui porte une vaste lésion ancienne. Le crâne est déformé, avec une légère saillie de la bosse frontale droite.

Tout le lobe sphéno-occipital de la base est occupé par un large kyste, situé entre la pie-mère et la pulpe cérébrale qu'il occupe dans une certaine épaisseur; le contenu limpide et séreux du kyste, une fois vidé, on reste en présence d'une large plaque jaune de ramollissement cortical ancien, n'allant pas tout à fait jusqu'à l'extrémité postérieure du lobe occipital, mais couvrant assez le lobe sphénoïdal pour pénétrer dans la scissure sylvienne et remonter sur la face externe de l'hémisphère droit, le long de la branche horizontale de la scissure, dont il a atteint les bords: *toute la région qui comprend les points moteurs des membres et le pied de la troisième frontale est intacte* et se trouve située au-dessus de la cicatrice précitée.

REMARQUE. — Voici donc un cas négatif qui acquiert une valeur positive, par suite de l'absence de phénomènes de paralysie localisée et d'atrophie soit des membres, soit du cervelet. Cette lésion ne devait pas être sans rapport avec les accidents d'épilepsie, et son étendue, ainsi que sa distribution, permettent de l'attribuer à une ancienne oblitération de l'artère cérébrale postérieure. Au point de vue de l'influence des lobes postérieurs sur la sensibilité, nous ne pouvons rien préciser; il résulterait cependant, des dires des gens de service, que l'enfant sentait également bien des deux côtés; le corps ne présentait pas trace de chocs ou de blessures plus prononcées d'un côté que de l'autre.

9. Arrêts de développement, Amputations congénitales; par Paul BONCOUR, interne.

Mony Marie, âgée de 20 ans, est entrée le 10 décembre 1877 à l'hôpital Saint-Antoine, salle Sainte-Agathe, n° 8. Cette femme, qui a toujours été bien réglée depuis l'âge de 17 ans, est accouchée le 9 décembre 1877, à 11 heures du matin. L'accouchement se fit dans un hôtel, avec l'aide d'une sage-femme; nous ne vîmes ni le placenta, ni les membranes de

l'œuf, mais l'accouchée nous raconta qu'elle perdit une grande quantité de liquide.

L'enfant, qui est du sexe masculin, nous présente sur toute la surface de son corps, sur la peau et sur les muqueuses, une teinte violacée intense. Cette coloration devient absolument noirâtre sous l'influence des cris. La mort survient le 10 décembre à 4 heures. Si on examine cet enfant de la tête aux pieds, on constate d'abord que la teinte violacée ne s'est conservée qu'aux mains et aux pieds; puis un certain nombre de particularités intéressantes que nous allons décrire.

A la face, bec-de-lièvre complexe du côté gauche; la lèvre, le bord alvéolaire de la mâchoire, la voûte palatine et le voile du palais n'existent pas; la fosse nasale communique directement avec la cavité buccale.

A la main droite le pouce, l'index, l'annulaire et le petit doigt sont intacts; la partie terminale du médius est sur le point de se détacher du reste du doigt, séparée par un étranglement très-serré. Cet étranglement paraît être produit par une bride, qui part de l'index à l'union de la 2^e et de la 3^e phalange; elle est filiforme et longue de 2 centimètres. Une autre bride qui a à peine un demi-centimètre de longueur et également filiforme réunit ces deux doigts à leur origine.

A la main gauche, le pouce est intact. Examinée par sa face dorsale, cette main nous présente deux espaces interdigitaux, séparant trois appendices qui représenteraient les quatre derniers doigts. A la face palmaire, on trouve aussi les trois appendices, mais de ce côté, on peut voir qu'ils sont terminés chacun par un tubercule arrondi, séparé de la portion principale par un étranglement assez serré.

Les espaces interdigitaux sont incomplets: un stylet, promené de la partie postérieure vers la partie antérieure, est arrêté avant d'arriver à l'extrémité par un pédicule court et grêle, réunissant chacun des appendices latéraux à l'appendice médian.

Les pieds présentent la déformation connue sous le nom de pied-bot varus; le pied gauche nous offre une lésion fort intéressante: les trois derniers orteils sont bien développés, mais le gros orteil et le deuxième paraissent avoir été amputés entre la première et la deuxième phalange; en effet, on trouve dans l'épaisseur du moignon unique pour les deux doigts les deux premières phalanges; de plus, on constate à l'extrémité de ce moignon un point noirâtre qui semble bien être le dernier vestige de la cicatrice.

Le cœur offre un volume normal. Le canal artériel est complètement perméable et présente un calibre égal à chacune des divisions de l'artère pulmonaire. Le trou de Botal semble

plus développé qu'il ne l'est habituellement sur les enfants de cet âge.

Cette observation soulève un certain nombre de problèmes. Avons-nous affaire de part et d'autre à des arrêts de développement ? Ou bien, d'un côté, sommes-nous en présence d'arrêts de développement et de l'autre d'amputations congénitales ?

Les étranglements que l'on trouve aux mains, le moignon et la cicatrice du pied gauche nous permettent de croire à des amputations congénitales. Quel est le mécanisme de ces amputations ? Peut-on penser qu'elles aient été produites par les brides que nous avons signalées et qui nous semblent être les derniers vestiges des palmures ? Telle est la dernière question qu'on peut se poser.

10. Ictère chronique. — Kystes hydatiques du foie comprimant les voies biliaires ; par Hipp. MARTIN, interne des hôpitaux.

Le nommé Camille C..., âgé de 10 ans, entre à l'hôpital des Enfants-Malades (service de M. LABRIC), le 16 novembre 1877. Cet enfant, qui est bien constitué, appartient à une famille très-aisée, et a joui d'une très-bonne santé pendant sa première enfance. Il est fils unique ; son père et sa mère sont bien portants.

Sa maladie actuelle remonte à dix mois environ. A cette époque, et sans cause connue, il fut pris de jaunisse qui augmenta progressivement au point de lui donner une teinte générale jaune-foncé, presque olivâtre, et c'est avec cet aspect qu'il se présente aujourd'hui à l'hôpital, sans qu'il soit survenu le moindre changement sous l'influence des traitements multiples auxquels on l'a soumis à diverses reprises. Il vient même de passer dans ces derniers temps, et sans résultats, plusieurs semaines à la campagne. Sa santé générale ne paraît pas, du reste, profondément atteinte. L'appétit est assez bon, les selles assez régulières, parfois demi-fluides : il ne peut nous dire si elles sont décolorées.

Il n'a jamais eu d'*épistaxis*, pas de vomissements, n'a jamais souffert dans la région hépatique, il a toujours eu enfin le caractère enjoué comme il convient à un enfant, et s'amusait d'autant plus que ses parents ne l'envoyaient plus à l'école, depuis le début de sa maladie.

État à l'entrée. Ictère des plus intenses ; teint jaune olivâtre ; pas de troubles de la vision, ou des autres sens. Langue très-sale ; il a peu mangé dans la journée. Il n'accuse aucune douleur spontanée, son embonpoint est, du reste bien conservé. On ne trouve rien dans les *poumons*, rien au *cœur*.

Foie. Son volume est énorme ; il remonte à peu près jusqu'au mamelon, et descend de plus de quatre travers de doigts au-dessous des fausses côtes, ayant ainsi dans la ligne mammaire une épaisseur de 16 centimètres. Il n'est nullement douloureux à la pression, sa surface paraît lisse unie, pas trace de fluctuation. On sent une dépression profonde, une véritable encoche, au point où siège habituellement la vésicule biliaire. Les selles ont une couleur cendrée, mais sans être cependant absolument décolorées.

Le malade n'a jamais eu d'accès fébriles ; il est sans fièvre à son entrée ; les intestins ne sont que médiocrement météorisés ; la *rate* ne paraît pas augmentée de volume. En présence de ces symptômes, on hésite entre le diagnostic de lithiase biliaire avec obstruction des conduits de la bile, et celui de cirrhose hypertrophique ; mais comme le malade n'a jamais souffert dans la région hépatique, on penche plutôt vers la seconde hypothèse. Du 18 au 25 novembre, rien de nouveau ; état stationnaire, apyrétique. Il mange d'assez bon appétit ; selles toujours décolorées.

Décembre. Le 2, il saigne un peu du nez et pour la première fois depuis le début de sa maladie.

Le 3, nouvelle épistaxis, il y a eu, du reste, depuis hier, un suintement sanguinolent, presque continu par la narine droite.

Le 4, il garde toute la journée un tampon de charpie dans la narine droite, mais l'écoulement sanguin continue par l'orifice postérieur des fosses nasales, et il vomit dans la journée, deux crachoirs de sang coagulé provenant évidemment de la muqueuse nasale, de sorte que le soir, à la visite, je tamponne la fosse nasale droite. L'écoulement sanguin paraît alors s'arrêter, et le malade considérablement affaibli s'endort sans accidents.

Le 5. A six heures du matin, l'enfant vomit encore un crachat de sang coagulé, et on constata que du sang venu de la narine gauche coule encore dans l'arrière-gorge : tamponnement de la fosse nasale de ce côté. L'affaiblissement est très-considérable, le pouls presque imperceptible, le teint jaune très-pâle. Nous ajouterons que dès le 8 décembre M. Labric avait fait donner à notre malade une potion avec quarante gouttes de perchlorure de fer ; mais comme l'enfant la vomissait sans cesse, elle est remplacée aujourd'hui par deux grammes de seigle ergoté.

Le 6. Il n'a plus perdu de sang, il a même reposé dans la nuit ; mais la faiblesse est extrême. Le sang a si peu de tendance à se coaguler, que l'on aperçoit ce matin une goutte de sang suinter par les points lacrymaux du côté gauche et ren-

dre les narines sanguinolentes. — *Mort* dans la journée, sans présenter d'autres accidents, sans convulsions.

Autopsie.— Rien dans les organes de la poitrine. A l'ouverture de l'abdomen, le foie apparaît immédiatement, uni à sa surface, mais comme granité et d'un volume énorme, d'une teinte vert-olivâtre. En le détachant du diaphragme, on aperçoit sur sa face convexe une poche tout à fait superficielle, à paroi blanchâtre et fluctuante. On peut alors constater, du reste, que l'organe en entier est fluctuant presque partout. Ainsi pesé avant l'ouverture d'un ou des kystes, il pèse 2,500 grammes. Sur sa face inférieure, la vésicule biliaire est vide de bile; elle est absolument atrophiée, réduite à l'état de cordon creux à paroi blanchâtre. L'incision de l'organe donne alors issue à un liquide d'une transparence parfaite et qui s'écoule de trois poches, dont l'une est située sur la face convexe, l'autre au centre et la troisième prédomine à la face inférieure de l'organe. Cette dernière comprimait à peu près entièrement l'origine des voies biliaires, et ne permettait le passage dans l'intestin, que d'une quantité presque insignifiante de bile. Chaque cavité kystique n'est tapissée que par une poche d'hydatide-mère, sans hydatides-filles. La *rate* n'est pas augmentée de volume. Rien dans les autres organes.

Examen microscopique du foie. Voici d'abord ce que l'on aperçoit sur des coupes fines et à un très-faible grossissement (15 à 20 diamètres tout au plus), après durcissement par l'acide picrique, la gomme et l'alcool et la coloration par le picrocarminate d'ammoniaque. — Sur le fond jaunâtre du tissu hépatique à proprement parler, on voit des bandes fortement colorées par le carmin et qui tranchent de la sorte par leur coloration rouge-vif. Ces bandes ont presque partout une forme vaguement triangulaire qui rappelle les espaces interlobulaires où elles siègent. Dans leur intervalle, les lobules hépatiques sont sains pour la plupart, ou du moins n'ont pas été envahis par la sclérose qui paraît être *tout entière* périlobulaire. Un certain nombre de lobules sont, cependant, considérablement atrophiés par suite de la compression périphérique, et on peut trouver tous les degrés intermédiaires entre le lobule absolument sain avec sa veine centrale bien nette et les lobules, en petit nombre, il est vrai, presque entièrement détruits et réduits à quelques cellules plus ou moins dégénérées.

Ces bandes de sclérose sont loin d'être isolées les unes des autres et confinées séparément dans les espaces périlobulaires; elles se rejoignent au contraire en grand nombre formant ainsi de larges et longues traînées de tissu colorées, irrégulières, souvent plus ou moins circulaires, mais toujours extra-

lobulaires. On aperçoit déjà à ce faible grossissement un pigment verdâtre irrégulièrement disséminé et dû certainement à un dépôt biliaire dans les canaux de la bile, ou dans l'intérieur même des cellules.

A un plus fort grossissement, au niveau des bandes de sclérose, et au milieu des éléments conjonctifs, les canaux biliaires coupés selon un diamètre d'obliquité variable, montrent à leur intérieur, des cellules sur lesquelles le carmin a agi bien différemment selon les points que l'on considère : sur certains canaux, ces cellules sont bien colorées et paraissent tout à fait saines ; sur d'autres, au contraire, elles sont pâles, mal colorées et fortement granuleuses. Toutefois, on ne voit nulle part cette dilatation ou même cette néo-formation de canaux biliaires, telle qu'on l'observe dans la cirrhose hypertrophique vraie, primitive ou expérimentale par ligature des canaux biliaires. A ce grossissement aussi, les cellules hépatiques paraissent saines et les veines intra-lobulaires quoique ne pouvant être vues dans tous les lobules, ne présentent pas trace de cirrhose à leur périphérie. Les vaisseaux sanguins ne sont pas altérés.

En un mot et pour nous résumer, cette observation nous semble des plus intéressantes. En effet, les lésions présentées par le foie de notre malade sont tout à fait comparables à celles que l'on produit expérimentalement par la ligature du canal cholédoque. Toutefois, nous ne retrouvons ici que les lésions du début, celles qui se produisent dans les premiers temps de l'expérience. MM. Charcot et Gombault, M. Chambard, ont décrit, en effet, des lésions souvent plus étendues dans leurs expériences soit sur le cochon d'Inde, soit sur le lapin. Dans ces cas, la cirrhose était plus qu'extra lobulaire ; les bords des bandes de sclérose, au lieu d'être unis, tranchés comme dans notre observation, étaient, au contraire, irréguliers, festonnés et dénotaient un début de sclérose intralobulaire avec dissociation des cellules de la périphérie du lobule. Les vaisseaux biliaires étaient, en outre, dilatés et en plus grand nombre qu'à l'état normal. — On pourrait être étonné de se trouver en présence de lésions relativement si peu avancées, alors que le début de l'affection remontait à dix mois. Mais nous ferons remarquer que la compression outre qu'elle avait dû être progressive, fort lente, n'était pas d'ailleurs complète comme on pouvait, du reste, s'en assurer pendant la vie par l'état des selles, qui, quoique grisâtres, n'étaient cependant pas entièrement décolorées. Nous ajouterons enfin que la lésion était en voie de production et le malade aurait pu vivre plus longtemps et la voir progresser davantage, s'il n'eût été emporté rapidement par des épistaxis presque foudroyantes.

M. CHARCOT fait observer que la rate n'étant pas hypertrophiée, on aurait peut-être pu, si l'attention avait été éveillée de ce côté, trouver dans ce fait un élément de diagnostic suffisant pour écarter l'idée d'une cirrhose hypertrophique vraie.

M. REMY (Ch.) présente des pièces relatives à un cas de pleurésie purulente survenue chez un enfant à la suite d'une fièvre éruptive.

11. Fracture de la voûte du crâne avec enfoncement; irradiations à la base. Lésion de la première circonvolution frontale gauche et du lobule orbitaire de la même région;
par A. Mossé, interne.

C... 40 ans, charretier, a été brusquement atteint, le 6 décembre, dans la région frontale, pendant qu'il déchargeait un tonneau, par l'aile du moulin de son haquet, animée en ce moment d'une grande force de rotation. Transporté immédiatement chez un pharmacien, puis de là à l'Hôtel-Dieu, trois heures environ après l'accident, nous constatons avec mon collègue de garde l'état suivant :

Plaie à lambeau à la région frontale gauche, la peau a été détachée par la violence du traumatisme, qui a porté directement sur la bosse frontale à 3 ou 4 cent. environ au-dessus du sourcil gauche, et à peu près à la même distance de la ligne médiane; en ce point qui correspond presque à la partie centrale du lambeau, la peau offre une petite déchirure comprenant toute son épaisseur et qui marque pour ainsi dire exactement l'endroit où a porté le choc; au-dessous de ce lambeau cutané, fracture avec enfoncement de la portion correspondante du frontal. Le fragment un peu plus large qu'une pièce de cinq francs, comprend toute l'épaisseur de l'os; par son bord interne, près de l'angle inférieur, il pénètre un peu au-dessous de l'autre fragment. Esquilles incomplètement détachées à la partie supérieure. Entre les fragments d'os au niveau du chevauchement signalé, issue d'une petite quantité de matière cérébrale faisant hernie, et à laquelle se transmettent les battements du cerveau. On essaie, à deux reprises, mais vainement, de soulever le fragment enfoncé, d'abord au moyen du tenaculum, puis d'une aiguille de Deschamps. Pendant le pansement le malade a vomé et les efforts augmentent le petit écoulement sanguin qui a lieu par la plaie, et font paraître des bulles d'air qui viennent crever dans la plaie, et cela à deux reprises. Il est donc probable d'après ce signe que outre la solution de continuité, visible sur la partie de

la voûte mise à nu, il existe par propagation une fracture de la base intéressant la lame de l'éthmoïde et communiquant avec les fosses nasales: actuellement il n'y a pas d'hémorrhagie par les narines, ces deux orifices sont obstrués par des caillots, mais ce fait ne peut être d'une grande utilité pour le diagnostic de la fracture de la base, car il existe, sur le nez, une première plaie en V, au niveau des os propres, et, plus bas le lobule est fendu. Il n'y a pas non plus d'écoulement caractéristique par l'oreille.

Point de paralysie de la face, ni des membres. Les yeux conservent leurs mouvements dans tous les sens; la paupière du côté correspondant à la fracture s'ouvre difficilement; sa teinte d'abord livide, devient progressivement violacée, ecchymotique.

Malgré la gravité de ces lésions, le blessé a gardé toute sa connaissance, il peut rendre compte de l'accident et répond bien aux questions qu'on lui adresse. *Il n'y a ni paralysie, ni convulsions, ni contractures*, mais le malade se plaint souvent d'une sensation de froid.

Traitement. — Devant l'impossibilité de relever les fragments, après avoir soigneusement nettoyé la plaie avec une solution phéniquée, on rabat le lambeau cutané sur l'os, et les bords étant juxtaposés, on fait l'occlusion au moyen de bandelettes de taffetas d'Angleterre pour mettre la fracture à l'abri du contact de l'air: vessie de glace à demeure sur la région traumatisée, la tête ayant été préalablement fixée dans la rotation du côté opposé. Extrait thébaïque 0,10. Potion de Todd. Le pansement terminé, la température axillaire, 40°,1; pouls faible, 117. A ce moment, il ne s'était pas écoulé plus de quatre à cinq heures depuis l'accident.

7 décembre. Pendant la nuit, délire, agitation. Ce matin, le malade a perdu connaissance, il est impossible d'en obtenir la moindre réponse; il répond aux excitations par un gémissement sourd; il n'y a pas de paralysie, à proprement parler, mais la sensibilité et le mouvement paraissent diminués du côté droit, c'est-à-dire du côté opposé à la lésion, surtout dans le bras qui, cependant, possède encore des mouvements; pas de contracture; déviation conjuguée des yeux, à gauche, avec rotation de la tête à droite; ecchymose palpébrale augmentée depuis hier, paupières tuméfiées et ne permettant qu'avec peine d'écarter leurs bords; il ne s'est pas fait encore d'ecchymose conjonctivale ou bulbaire.

Pendant la nuit, suintement sanguinolent par l'angle inférieur et interne de la plaie; en appuyant légèrement avec le doigt on expulse une petite quantité de matière cérébrale qui a dû être chassée, pendant la nuit, entre l'os et le lam-

beau cutané, pendant l'agitation du malade. T. 37°,4; pouls 90. Même traitement.

Soir. Le malade, que j'ai vu plusieurs fois, offre sensiblement le même aspect que le matin : vers trois heures, contractures dans l'avant-bras droit, inconstantes et n'offrant pas toujours le même caractère; une première fois, la main était dans l'extension sur l'avant-bras, puis elle s'est placée dans la flexion, les doigts, les deux derniers surtout, étant fléchis dans la paume de la main; quelques instants après, la main était fléchie plus fortement sur le poignet, l'avant-bras sur le bras, et celui-ci ramené dans l'adduction, mais faiblement; un quart d'heure plus tard, cet état n'existait plus; une parésie analogue à celle qui a été constatée ce matin lui a succédé. Le bras, en effet, retombe presque inerte, il ne réagit pas ou réagit mal quand on le pince contrairement à ce qui a lieu du côté opposé; cependant, par instants, le malade fait entendre une sorte de grognement qui indique qu'il n'y a pas perte complète de la sensibilité. De plus, quand on le découvre, le malade cherche machinalement à ramener sur lui ses vêtements ou sa couverture; la tête et les yeux conservent toujours la même position; il n'y a pas eu d'agitation dans la journée; gémissements plaintifs souvent répétés; miction inconsciente; pas d'incontinence des matières fécales, T. 38°,3, pouls petit à 132.

Mort à 3 heures du matin : D'après les renseignements aussi précis qu'il nous a été possible de les obtenir, le malade est resté dans l'état décrit plus haut jusque vers minuit. A partir de ce moment, contractions soulevant comme par soubresauts le thorax et les membres, mais la tête demeure toujours immobile dans la position où elle a été placée au moment du pansement. Plaintes inarticulées fréquentes. Cet état s'est prolongé jusqu'au moment de la mort, c'est-à-dire pendant TROIS heures environ.

AUTOPSIE le 10 décembre, 56 heures après la mort.

Le lambeau cutané est encore maintenu en place, et ne présente rien de particulier : au-dessous de lui, vers son extrémité interne et inférieure entre l'os et la peau, commencement de suppuration; là aussi se voit un peu de matière cérébrale. Le fragment de l'os frontal, directement enfoncé est arrondi à son extrémité supérieure et couvre une surface un peu plus grande que celle d'une pièce de cinq francs : il est situé au-dessus du sinus frontal à quelques centimètres en dehors et à gauche de la ligne médiane.

C'est au niveau de l'angle interne et inférieur de ce fragment que l'enfoncement est le plus marqué. Pendant la vie, nous avions déjà signalé un léger chevauchement, et c'est en ce

point que le cerveau ayant été atteint, il y a eu issue de la matière cérébrale : de la partie du frontal qui est en rapport avec le bord inférieur du fragment part un trait de fracture qui descend perpendiculairement jusqu'au rebord orbitaire qu'elle atteint au point d'émergence du nerf frontal externe.

La voûte du crâne enlevée et les méninges détachées des parois osseuses, on peut suivre les irradiations de la fracture qui s'est propagée à la base, suivant deux lignes principales : l'une, plus courte, atteint l'apophyse clinéoïde antérieure après avoir parcouru la voûte orbitaire ; l'autre, plus longue, descend d'abord sur la lame criblée de l'éthmoïde, puis sur la face interne de l'orbite et arrive jusque sur le rocher après avoir sillonné la grande aile du sphénoïde en suivant un trajet parallèle à son bord postéro-interne.

Méninges. — Déchirure de la dure-mère au point correspondant à la fracture, léger exsudat gris-blanchâtre, visible surtout autour des vaisseaux de la pie-mère dans la région qui avoisine ce point. Epanchement sanguin à la surface de l'hémisphère droit, dans la région diamétralement opposée à celle-ci, sans lésions apparentes des circonvolutions à l'œil nu.

Cerveau. — Lésion de la première circonvolution frontale gauche consistant en une perte de substance du volume environ d'une noisette, située à peu près au milieu de la longueur de cette circonvolution et atteignant son bord supérieur. Déchirure de la circonvolution du lobule orbitaire située en dehors du sillon olfactif : au-dessus de cette déchirure, on trouve à la coupe un petit caillot dû à la rupture d'un petit vaisseau ; il ne dépasse guère le volume de la tête d'une grosse épingle. Les autres parties de l'encéphale n'ont rien présenté de particulier.

Réflexions. — Bien que le fait qui précède soit complexe, puisqu'il s'agit d'un traumatisme chirurgical assez grave, nous avons pensé néanmoins devoir le produire devant la Société, encouragé par l'intérêt que son président, M. le professeur Charcot apporte à tout ce qui touche à la pathologie des centres nerveux.

L'observation peut être divisée en deux périodes : dans la première, la plus courte, nous voyons un homme, dont la première circonvolution frontale est sérieusement lésée vers son milieu, et dont accessoirement est déchirée une circonvolution du lobule orbitaire, ne présenter aucun trouble, ni de la sensibilité, ni de la motilité, ni du langage, ni des facultés intellectuelles. Jusque-là, ces phénomènes négatifs offrent un grand intérêt, et sont un témoignage en faveur de la doctrine des localisations cérébrales. Mais le lendemain, la

scène change, le malade est dans le coma, déviation conjuguée des yeux du côté de la lésion avec une rotation de la tête du côté opposé; parésie des membres du côté droit (c'est la première frontale gauche qui a été atteinte), parésie plus marquée au bras qu'à la jambe, contracture passagère et variable. Enfin le malade meurt avec des convulsions des membres et du tronc : la tête demeure toujours remarquablement immobile. On peut objecter qu'elle a été placée dans cette position au moment du pansement. Cela est vrai, mais cette fixité malgré l'agitation et les convulsions du malade méritait d'être notée. Je signalerai, en outre à l'attention, la marche de la température. Elle atteint 40°, quatre heures et demie ou cinq heures environ après l'accident, et coïncide avec une sensation de froid accusée par le malade, ce qui nous faisait présumer, au contraire, un abaissement de température : le lendemain elle tombe à 37.4 pour s'élever le soir à 38.3.

12. Végétations sur les valvules aortiques et sur l'endocarde.

Petit anévrysme de l'artère sous-clavière gauche ayant coïncidé avec la disparition subite du pouls; par M. Edouard RONDOT, interne des hôpitaux.

Velut, Françoise, 22 ans, domestique, était entrée dans un service de chirurgie de l'Hôtel-Dieu, pour une tuméfaction de l'articulation du genou gauche; elle était enceinte de 4 mois. A la suite d'une phlegmatia alba dolens de la jambe gauche, elle passe dans le service de M. FAUVEL (salle Sainte-Monique, numéro 24). L'articulation tibio-tarsienne gauche et celle du genou sont très-douloureuses; il existe un léger souffle au premier temps à la base. Absence de mouvement fébrile.

Son état reste stationnaire jusqu'au 5^e mois de sa grossesse, où elle fait une fausse couche qui ne provoque pas grande réaction du côté des organes de l'abdomen. Il lui restait cependant une fièvre modérée qui n'avait pas cédé au sulfate de quinine et qu'on pouvait attribuer autant au rhumatisme qu'à l'état puerpéral, lorsqu'elle fut prise, le 14 novembre, d'accidents subits. Une douleur vive du côté gauche s'était développée dans la nuit; en même temps il s'était déclaré des vomissements; la malade se plaignait d'une céphalalgie intense. Rien du côté du ventre; la jambe oedématisée n'était pas plus douloureuse, la fluxion articulaire avait notablement diminué.

A la région précordiale se trouvait une matité exagérée et l'auscultation révélait l'existence d'un souffle rude au premier temps, avec maximum à la base et à la pointe, coïncidant avec un bruit de va-et-vient péricardique; le diagnostic fut: endo-

péricardite, rétrécissement aortique et légère insuffisance mitrale ; le bruit de la base étant beaucoup plus marqué.

15. — On ne trouve pas de pouls à la radiale et à la cubitale ; absence de battements à l'humérale, à l'axillaire, à la sous-clavière et à la carotide du côté gauche. Les pulsations étaient parfaitement senties les jours précédents : le membre supérieur gauche n'a pas changé de couleur, la sensibilité est normale ; la malade n'éprouve ni douleur, ni fourmillements, ni refroidissement et se sert également bien des deux mains. Mêmes signes cardiaques ; frottement, double souffle aortique et mitral au premier temps. Les jours suivants, douleurs dans le bras gauche s'irradiant du cou jusqu'à la main. La malade se rappelle avoir ressenti des engourdissements ces jours derniers, parce que, dit-elle, sa tête reposa sur le bras gauche pendant la nuit.

21. — Le pouls, presque imperceptible, se sent à la radiale par instants, on croit le trouver à l'humérale. Amélioration ; mêmes bruits au cœur, frottement moins accentué. Léger épanchement pleural à la base gauche. Joues bouffies ; l'urine contient des traces d'albumine.

26. — Le pouls est revenu et peut se compter facilement à la radiale gauche ; le double souffle est moins intense.

27. — Œdème des membres inférieurs ; vomissements ; fièvre. Dédoublement du second bruit cardiaque. Albumine en grande quantité. Recrudescence des douleurs articulaires dans le membre inférieur gauche. Le pouls est presque insensible à la radiale gauche.

L'enflure fait des progrès, le ventre se ballonne ; une diarrhée abondante se déclare ; l'état général décline rapidement. La malade conserve son intelligence.

4-5 décembre, le pouls radial est plus développé (116) et se sent très-nettement à partir du 6. — *Mort* le soir du 9 sans phénomènes particuliers.

AUTOPSIE. — On trouve de la sérosité en petite quantité dans le péricarde et des fausses membranes peu épaisses à l'origine des gros vaisseaux. Le cœur gauche est hypertrophié et contient quelques caillots mous et d'un rose pâle. Les valvules aortiques sont recouvertes de végétations qui rétrécissent notablement le calibre du vaisseau ; on constate une légère insuffisance, la valvule gauche est saine sur sa face artérielle, celle qui regarde vers le ventricule est recouverte dans une moitié d'un dépôt blanchâtre, formant une saillie de un millimètre environ. La valvule antérieure a changé complètement d'aspect ; ses deux faces sont complètement incrustées et elle s'est allongée de manière à présenter une longueur de 2 centimètres ; son épaisseur est de 3 millimètres sur presque

toute son étendue ; sa forme générale est bien conservée. La valvule gauche est normale, mais immédiatement sous son bord inférieur existe une dépression large comme une pièce de cinquante centimes, et qui recouvre un dépôt blanchâtre, à surface irrégulière, analogue au dépôt qui revêt les valvules. Les orifices des artères coronaires sont intacts.

Un peu au-dessous de la zone artérielle, sur l'endocarde, on remarque deux petites élevures blanchâtres, arrondies, l'une de la grosseur d'une tête d'épingle, l'autre plus grosse et dont le centre est légèrement évidé. C'est la seule altération de l'endocarde : la valvule mitrale est absolument saine.

L'aorte est pâle et offre très-disséminées, au niveau de la partie ascendante de la crosse, quelques plaques blanches, très-peu saillantes. Ces plaques se retrouvent dans l'artère carotide primitive gauche. — La sous-clavière gauche présente, à deux centimètres de son origine, une tumeur anévrysmale du volume d'une grosse noisette. L'orifice, presque circulaire, de un centimètre de diamètre est bordé de quelques rugosités blanchâtres ; la paroi interne du sac est tapissée de caillots décolorés très-friables. On reconnaît facilement que le calibre du vaisseau quoique diminué à ce niveau, n'était pas oblitéré. Les caillots qui proéminaient à l'orifice du sac laissaient une ouverture admettant l'extrémité d'une sonde cannelée.

A 4 centimètres environ en dehors, on aperçoit une petite dépression qu'on prend d'abord pour l'orifice d'une collatérale, mais qui n'est autre qu'un cul-de-sac au milieu duquel existe une fine végétation dont le sommet ne dépasse pas le plan de la paroi interne du vaisseau. A partir de ce point les artères du membre supérieur ne présentent aucune altération : elles ont seulement diminué sensiblement de volume.

Les poumons sont exangues ; quelques plaques molles sur la face antérieure, au sommet gauche et en arrière à la base du même côté. Pas de tubercules, aucun infarctus. — Foie hypertrophié, dégénérescence graisseuse commençante. — Rate volumineuse : 510 grammes, infarctus en voie de ramollissement à l'extrémité inférieure du diamètre longitudinal de l'organe. — Estomac, intestins, rien à noter.

Reins gros : la capsule se détache à la plus légère traction et n'adhère en aucun point. — Surface décolorée, sans dépressions, mais présentant des flots blanchâtres très-nombreux : à la coupe, lésions de la néphrite interstitielle. Pas d'infarctus. — Artères rénales normales.

Les organes génito-urinaires ne présentent aucune altération. Les veines crurales contiennent du sang demi-fluide : pas de thrombus dans les veines de la cuisse. — L'articulation

du genou gauche ne contient qu'une petite quantité de sérosité; pas de pus. Rien à noter du côté du cerveau.

13. Kyste hydatique du foie; par J. JASIEWICZ.

M. JASIEWICZ, externe à l'hôpital Saint-Louis, présente, à la Société le *foie* d'un homme entré dans le service de M. le Dr Hillairet, le mardi 4 décembre, pour un *kyste hydatique* du foie. Aux symptômes locaux de l'affection hydatide (fluctuation, tumeur, etc.) se joignaient d'autres troubles: le malade avait des frissons, de la fièvre, le ventre était douloureux à la pression; des vomissements étaient survenus et le malade présentait un état ictérique assez prononcé. Il y avait donc une péritonite, localisée à la région hépatique.

Le vendredi, 7 décembre, on fit la ponction de la poche du kyste avec l'appareil de Potain. On retira environ un demi-litre d'un liquide rougeâtre, épais, fétide. Mais au milieu de l'opération, tout à coup, le malade poussa un grand cri. On retira l'aiguille capillaire. L'après-midi, des symptômes graves de péritonite généralisée se déclarèrent et, dans la nuit du 7 au 8, il expirait.

On fit l'autopsie le dimanche, 9 décembre. La poche du kyste du bord antérieur du foie était adhérente à la paroi abdominale. On retrouva l'orifice de la canule à travers les parois du kyste, mais on remarqua que, en plusieurs points, la poche s'était rompue et que le liquide du kyste, s'étant épanché dans le péritoine, y avait déterminé une péritonite aiguë. Enfin, sur le bord postérieur du foie on trouva un second kyste, qui proéminait vers la région thoracique, menaçant de rompre le diaphragme. Ce kyste fut ouvert. Il contenait un liquide épais, purulent, très-infect, dans lequel se trouvaient des débris d'hydatides flétris et morts.

M. DURET présente un cas de contusion cérébrale et explique les conditions de la production de la commotion et de la contusion du cerveau.

14. Endocardite végétante. Infarctus de la rate et des reins.

Embolie dans la radiale droite; par L. CARRÉ, interne des hôpitaux.

Eugénie M. âgée de 44 ans, entre à l'hôpital Sainte-Eugénie le 10 août 1877, salle Sainte-Mathilde, n° 28 (service de M. BARGERON).

Cette enfant, toujours bien portante jusqu'à présent, sans antécédents rhumatismaux, présente, au moment de son entrée à l'hôpital, des symptômes typhoïdes assez nets (fièvre

intense), prostration, céphalalgie, diarrhée, sécheresse de la langue, dont le début remonterait à cinq ou six jours environ. On constate en outre un léger bruit de souffle à la pointe du cœur et au premier temps.

Les symptômes accusés, l'âge de la malade, firent tout d'abord penser à une fièvre continue, toutefois on ne constatait rien du côté de la poitrine. La température s'élevait, le soir de l'entrée, à 41°.

11 août. — Eméto-cathartique. — Temp. 39°, 6.

12 — matin. Temp. 38° 6. — Soir. Temp. 40°, 8.

13 — matin. Temp. 38°. — Soir, Temp. 39°, 8.

14 — matin. Temp. 38°. L'enfant se plaint d'être oppressée, l'examen de la poitrine est négatif; mais des palpitations cardiaques sont survenues: légère cyanose de la face. A l'auscultation du cœur, le bruit du souffle de la pointe est devenu très-intense et très-rude, siégeant au premier temps, se propageant du côté de l'aisselle.

Diarrhée persistante. Application d'un vésicatoire sur la région cardiaque. Les jours suivants, l'état reste sensiblement le même; toutefois l'oppression diminue un peu. La température reste très-élevée, aussi bien le soir que le matin, oscillant entre 39° 6 et 40°.

A partir du 17 août, l'oppression avait disparu, les oscillations entre les températures du soir et du matin étaient devenues régulières (39° 6. — 40° 9.); la diarrhée diminuait; l'aspect typhoïde disparaissait et tout semblait promettre une convalescence prochaine, quand, le 29 août, en cherchant le pouls de la radiale droite, on s'aperçut qu'il faisait complètement défaut, l'enfant se plaignait en outre d'une douleur siégeant au-dessous du pli du coude; en effet, à ce niveau on sentait sur le trajet de la radiale un petit point induré, douloureux à la pression: au-dessus les pulsations étaient perceptibles, au-dessous, elles manquaient complètement. Aucun trouble appréciable n'était survenu du côté de la main, la malade n'y accusait ni fourmillement ni engourdissement; cependant, au toucher, cette main semblait plus fraîche que celle du côté opposé. A l'auscultation du cœur, le bruit de souffle avait presque complètement disparu.

30 août. — Rougeur et empatement des téguments au niveau de l'embolie. Pendant la nuit, l'enfant a été prise d'une douleur très-vive dans la fosse iliaque droite, s'accompagnant de ballonnement du ventre et de quelques vomissements verdâtres. Réapparition de la diarrhée.

Pendant tout le mois de septembre, les symptômes restèrent sensiblement les mêmes; diarrhée et vomissements de temps à autre. Du côté du cœur, l'intensité du souffle était

fort variable, assez fort mais sans rudesse quand on auscultait la malade dans la position assise; il s'atténuait beaucoup dans la position horizontale et encore ne l'entendait-on pas à chaque pulsation cardiaque.

Le 4 octobre, l'enfant se plaint de douleur dans le poignet gauche; on constate, en effet, sur sa face dorsale, de petits flocs rouges, tuméfiés, très-douloureux à la pression, résultant très-vraisemblablement de petites embolies dans les capillaires de la peau.

Le pouls est redevenu appréciable depuis quelque temps dans la radiale droite. Les urines contiennent une grande quantité d'albumine.

Diarrhée incoercible; œdème cachectique de tout le membre inférieur gauche. Œdème de la face.

Dans les derniers jours d'octobre, à peine si on percevait à la palpation les battements cardiaques et ce n'était qu'avec beaucoup d'attention qu'on parvenait à entendre un très-léger bruit de souffle à la pointe. Mort le 31 octobre.

AUTOPSIE. — Cavité thoracique. Poumons pâles, décolorés, complètement sains, un peu de liquide séreux dans les deux plèvres. Le péricarde contient une assez grande quantité de sérosité claire et limpide; les deux feuillets en sont complètement lisses, sans traces d'inflammation ancienne ou récente. Le cœur hypertrophié, sans consistance, présente une coloration jaunâtre dans toute son étendue; le ventricule droit ne présente rien à noter; les valvules sont normales. A gauche les valvules sigmoïdes sont saines, ainsi que la valve antérieure de la valvule mitrale; mais la valve postérieure au niveau de son attache à la zone fibreuse de l'orifice auriculo-ventriculaire, sur la partie moyenne, du côté de l'oreillette, présente une série de végétations irrégulières, se laissant facilement écraser sous le doigt, formant, par leur réunion, une petite tumeur de la grosseur d'une noisette, s'implantant par toute sa base sur la valvule. — On peut en outre lui faire exécuter quelques mouvements de latéralité, soit de haut en bas, soit transversalement. Cette mobilité semble expliquer l'intermittence des bruits de souffle observée pendant la vie et la différence que l'on observait dans les résultats de l'auscultation, la malade étant assise ou couchée.

Cavité abdominale. Sérosité en assez grande quantité dans la cavité péritonéale. Le foie est volumineux, décoloré, graisseux, mais ne présente rien de particulier à la coupe. Par son extrémité gauche il adhère complètement à la rate, au niveau de leur point d'adhérence. Tout à fait à la superficie de la rate existe un infarctus, jaunâtre, complètement caséux, à forme triangulaire, à base très-allongée, à sommet tourné

vers le centre de la rate. A la partie médiane, vaste infarctus, caséeux aussi, occupant toute la largeur de l'organe, présentant à la périphérie une largeur de deux centimètres; le sommet arrive presque jusqu'au hile.

Le rein gauche est augmenté de volume, sa consistance est molle, la capsule se détache facilement, sa surface est lisse. Les substances corticale et médullaire sont complètement décolorées. On observe à la surface une série de petits flocs tranchant par leur coloration jaune sur la coloration grise du reste de l'organe. A la coupe, ces flocs présentent la forme des infarctus. Vers l'extrémité supérieure, on en trouve un assez volumineux dont la base a un centimètre de largeur. — A droite le rein est moins volumineux, il présente sur sa face antérieure le même aspect que le rein gauche, la même consistance; la capsule étant enlevée, on trouve la face postérieure entièrement recouverte par une couche de matière caséuse, jaunâtre, bosselée à sa surface, présentant des prolongements dans l'intérieur du rein et formée probablement par la réunion d'un grand nombre d'infarctus. Dans le reste de l'organe on en trouve quelques-uns disséminés; un d'entre eux est ramolli, purulent.

La muqueuse de l'intestin est rouge, couverte d'arborisations vasculaires, pas de traces d'ulcération.

La radiale droite est oblitérée par un petit caillot d'une couleur brune, se laissant désagréger facilement: à ce niveau les parois artérielles sont épaissies, rétractées; il en résulte une sorte d'étranglement.

L'examen microscopique des infarctus de la rate et des reins a été fait au laboratoire de Clamart, par M. Balzer, interne des hôpitaux, qui m'a remis la note suivante:

Les infarctus du rein sont arrivés à un état de dégénérescence graisseuse très-avancée, mais se présentant à des degrés divers, suivant les points.

Les vaisseaux ont des parois très-épaissies et dont l'augmentation de volume porte surtout sur la couche adventice; quelques-unes sont oblitérées par des végétations de tissu conjonctif. L'artère semble alors revenue sur elle-même, rétractée dans le sens de la longueur aussi bien que de la largeur, et la tunique élastique est remarquable par ses flexuosités. Les glomérules ont subi la transformation fibreuse et se présentent sous l'aspect de petites masses arrondies, faiblement colorées en jaune par l'acide picrique. Dans quelques-uns, on distingue quelques éléments cellulaires, quelquefois du pigment sanguin, très-souvent la masse semble amorphe ou légèrement granuleuse. L'enveloppe du glomérule est souvent épaissie et formée par une couche de cellules fusiformes.

D'autres glomérules, au contraire, sont encore sains, et, dans leur voisinage, les tubulis ont conservé leurs caractères normaux. Au contraire, dans la zone des glomérules fibreux, les tubes ont beaucoup perdu de leur calibre normal, les cellules épithéliales sont atrophiées, granuleuses, le plus souvent à peine reconnaissables. Dans la zone des tubes droits, on trouve la même destruction des tubes et des épithéliums dont on ne voit plus que des vestiges au milieu d'une substance granuleuse. Les foyers sanguins sont disséminés, mais peu étendus et relativement peu nombreux.

Cà et là, principalement dans la substance corticale, on aperçoit des tubes remplis de matière colloïde, très-réfringente, colorée en rouge par le carmin. Dans les parties fibreuses de l'infarctus, on distingue encore les tubes collecteurs dans une assez grande étendue de leur parcours ; mais ils sont atrophiés, et leurs épithéliums dégénérés, adhérents, forment deux bandes continues le long de la paroi.

Dans toute l'étendue des infarctus, le tissu conjonctif est atrophié autour des vaisseaux et des fibres. Mais de plus, à un faible grossissement, on aperçoit des flocs plus ou moins volumineux, formés par une matière grisâtre qui forme des traînées le long des vaisseaux. Avec un plus fort grossissement, cette matière paraît formée par des cristaux incolores, de forme irrégulière. Ces cristaux sont quelquefois isolés, mais le plus souvent, on les voit en groupes autour des vaisseaux. On les voit même dans l'intérieur de ceux-ci, tantôt obturant toute leur cavité, tantôt développés contre les éléments de la paroi vasculaire. Ils occupent de même fréquemment la cavité du glomérule. Ces cristaux existent surtout dans les parties en voie de transformation fibreuse, c'est-à-dire dans la zone des glomérules, tandis que la substance médullaire est encore à l'état de dégénérescence granulo-graisseuse.

En résumé, on peut distinguer dans ces infarctus les phases successives d'une dégénérescence fibro-graisseuse très-avancée. Dans certains points, la lésion n'en est encore qu'à l'état granulo-graisseux des épithéliums avec resserrement des tubes encore reconnaissables. Ailleurs, on ne retrouve plus que des masses granuleuses et opaques. Enfin, dans d'autres points, le tissu conjonctif, de nouvelle formation, vient remplacer les masses grasses résorbées ou transformées en cristaux d'acides gras.

Dans ces zones rétractées, on ne distingue plus que quelques rares tubes collecteurs et les vaisseaux le long desquels sont disposés les cristaux, et qui sont eux-mêmes oblitérés et en voie de transformation fibreuse.

Les infarctus de la rate présentent les mêmes lésions des

vaisseaux. De plus, à leur périphérie, on trouve de nombreux amas de pigment sanguin, au milieu d'un tissu conjonctif renfermant des vaisseaux oblitérés. Au niveau des adhérences, entre le foie et la rate, à la limite d'un des infarctus, on trouve un épaissement considérable des deux capsules unies par un tissu fibreux rempli de petits foyers sanguins. Le centre des infarctus est constitué par des masses granuleuses remplies de gouttelettes graisseuses et de cristaux étoilés, et dans lesquelles on distingue des tractus fibreux plus ou moins ténus.

15. Élections.

MM. TESSIER fils, DELMAS et PÉCHARDO, sont nommés membres de la Société anatomique.

Séance du 21 décembre 1877.

PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

16. Corps étranger de l'œil; par A. RÉMY.

Madame X...éprouve à l'œil droit des douleurs assez vives depuis un mois. Mais depuis 8 jours environ, ces douleurs sont devenues beaucoup plus vives. L'œil est injecté et présente en un point de la conjonctive bulbaire, près du bord externe de la cornée une vascularisation très-prononcée. Les vaisseaux groupés en ce point convergent tous vers une petite saillie arrondie située très-exactement à la jonction de la cornée et de la sclérotique et rappelant tout à fait par sa forme l'aspect d'une grosse phlyctène; mais la coloration est bien plus foncée. Elle est d'un brun noirâtre et se rapproche de celle que présentent certaines tumeurs mélaniques de la conjonctive.

Madame X...ayant les iris foncés, cette petite tumeur ressemblait aussi à une hernie de l'iris à travers la cornée ulcérée,

celle-ci étant légèrement déprimée et formant une rainure autour de la tumeur.

Le médecin de cette dame ayant cru avoir affaire à une phlyctène du pourtour de la cornée avec commencement de ptérygion avait prescrit des collyres astringents. Mais la coloration foncée de cette saillie était incompatible avec l'idée d'une phlyctène; d'un autre côté, la tumeur étant trop régulièrement arrondie ne ressemblait point à une tumeur mélanique à son début. Enfin, une hernie de l'iris aurait apporté quelques modifications de forme et de couleur dans le reste de cette membrane qui présentait au contraire une intégrité parfaite.

Ces trois hypothèses rejetées, la présence d'un corps étranger d'une nature spéciale devait avoir produit ces accidents. Deux cas analogues que j'avais observés à la clinique de M. Galezowski m'avaient mis sur la voie du diagnostic. Comme dans les cas précédents, le corps étranger en question n'était autre chose qu'une moitié de la cosse d'un grain de millet. L'extraction en fut faite avec des pinces à griffes. Le seul fait à noter dans cette petite opération fut l'adhérence insolite du corps étranger avec la cornée.

M. Galezowski a déjà fait remarquer qu'une cosse de millet ainsi appliquée par sa concavité sur la face convexe de la cornée agit à la manière d'une ventouse, ce qui explique sa fixité. Dans ce cas particulier les bords coupants de la petite cupule avaient fini par ulcérer circulairement la cornée et produire la rainure dont j'ai parlé, ce qui augmentait encore l'adhérence.

Le fait sur lequel j'appelle l'attention, c'est que cette coque une fois enlevée perdit sa coloration noire et redevint jaune, couleur ordinaire des grains de millet.

Il est facile de se rendre compte de ce phénomène. Que l'on prenne le corps étranger lui-même comme je l'ai fait ou une autre coque semblable et que l'on applique sur un œil de verre juste à la limite de l'iris, la teinte reste la même; mais que l'on humecte l'œil de verre de façon que le corps étranger imbibé et baigne dans le liquide, immédiatement la coloration foncée apparaît, il semblerait que l'humidité lui donne une transparence qui laisse apercevoir l'iris ou bien encore que la teinte de celle-ci se réfléchit sur les bords du corps étranger.

17. Epithélioma de la nuque et du dos (1); par L. CAPITAN, externe des hôpitaux.

Hug..., Isidore, âgé de 54 ans, entre le 15 août 1877, à l'hôpital Cochin (service de M. DESPRÈS), pour un vaste épithélioma du dos et de la nuque. Bonne santé ordinaire. Pas d'antécédents héréditaires. Mère et frère morts d'affections du cœur. De naissance il portait à la partie supérieure de la région dorsale, sur la ligne médiane, une petite tumeur érectile grosse comme une petite fraise. En 1862, sans qu'il ait souffert de cette petite tumeur, du pus et du sang commencèrent à sourdre tout autour.

Peu à peu la tumeur s'ulcéra, tantôt se recouvrant de croûtes, tantôt saignant et suppurant. Alors commencèrent à apparaître quelques douleurs lancinantes localisées dans la région et survenant par crises. Malgré l'envahissement progressif des parties voisines par la tumeur, le malade put continuer son métier de vigneron. L'état général resta assez satisfaisant.

Dès l'année 1868, la tumeur aurait eu la même étendue en surface qu'actuellement. Pas d'aggravation de l'état général. Vers l'année 1874, les forces du malade commencèrent à diminuer; la tumeur avait creusé les tissus sous-jacents surtout sur la ligne médiane.

A la fin de 1875, le malade fut forcé de s'aliter et en 1876 il arrivait à Paris. Il eut alors des alternatives de haut et de bas. Les douleurs étaient plus violentes et malgré cela le malade put encore faire le métier de balayeur non sans être obligé de s'aliter de temps à autre.

Au commencement de 1877, il fut forcé d'entrer à l'hôpital. Après avoir été dans différents services, il finit par venir à l'hôpital Cochin le 15 août. L'état général est à ce moment fort mauvais; l'amaigrissement notable; teinte jaune paille. Les douleurs depuis quelque temps sont sourdes et continues avec périodes d'exacerbation. Elles sont localisées autour de la tumeur: pas d'irradiations.

La tumeur (voir l'aquarelle déposée dans l'album de la Société) occupe presque toute la partie postérieure du cou et une partie de la région dorsale, affectant une forme losangique comme le muscle trapèze. Elle s'étend en hauteur de la troisième cervicale à la septième dorsale: soit 23 centimètres;

(1) Voir une aquarelle dans l'album de la Société.

au niveau de sa partie moyenne, où elle présente sa plus grande largeur, elle occupe tout l'espace compris entre les deux omoplates. Elle est directement en contact avec les masses musculaires sous-jacentes qu'elle a partiellement détruites. Sur les bords, elle semble reposer sur le trapèze ; tandis qu'elle s'enfonce sur la ligne médiane à 4 centimètres environ de profondeur ; il n'y a plus trace d'apophyse épineuse. La tumeur est couverte de bourgeons produisant un ichor abondant. Pansement au tannin.

Peu à peu le malade s'affaiblit, la cachexie fait des progrès et le 17 décembre, le malade expire au moment où on l'assoit pour le panser. Pendant les quelques jours qui précédèrent sa mort, on ne constata aucun symptôme indiquant que la moelle ait été atteinte malgré la profondeur à laquelle la tumeur semblait avoir pénétré, surtout au niveau des première et troisième vertèbres dorsales. Les douleurs étaient devenues plus aiguës avec quelques irradiations au pourtour de la tumeur seulement.

Depuis trois jours il aurait présenté une perte à peu près complète de la vue.

AUTOPSIE 26 heures après la mort. — Adhérences anciennes du poumon droit ; un peu de liquide dans les plèvres.

Poumons congestionnés. Cœur petit, mais sain. Foie, rate, intestins normaux. Reins pâles et décolorés. Pylore rétréci ; on ne peut introduire qu'avec peine l'index. Ses parois sont épaissies.

La tumeur est directement en contact avec les masses musculaires sous-jacentes. Ses bords reposent sur l'aponévrose du trapèze ; mais à mesure qu'on approche de la ligne médiane, la tumeur se creuse ; successivement le trapèze, le rhomboïde en bas et le splénus en haut, puis la masse sacro-lombaire sont profondément atteints et plus ou moins détruits.

Enfin au centre les apophyses épineuses ont complètement disparu ; on trouve même deux trajets anfractueux : l'un au niveau de la troisième dorsale et qui communique avec la cavité résultant de la disparition partielle des lames des deuxième ou troisième premières vertèbres dorsales (à ce niveau les méninges sont très-vascularisées), l'autre au niveau de la première dorsale ; celui-ci pénètre jusqu'aux méninges fortement enflammées et très-amincies en ce point. La moelle paraît saine.

18. Tumeur sarcomateuse de la moelle ; par Alfred BULTEAU,
interne.

Le nommé Tev... âgé de 41 ans, est entré le 17 septembre

1877, à l'hôpital Beaujon, salle Saint-Jean n° 4, (service de M. Guyot). Il est malade depuis le mois d'avril 1876. Le début de la maladie a été caractérisé par des douleurs de tête très-violentes; limitées primitivement à la région sincipitale, elles envahirent plus tard l'occiput et la partie postérieure du cou.

Les douleurs ne disparurent que pour faire place à des phénomènes paralytiques. Ils se manifestèrent progressivement, et occupèrent d'abord le côté droit; le bras devint complètement immobile; la jambe pouvait encore remuer un peu et soutenir le poids du corps, et la marche était encore possible quand vint à se produire la paralysie du côté gauche. Elle aussi, apparut lentement, et n'est complète que depuis cinq mois. A mesure qu'elle s'accroît, les phénomènes paralytiques du côté droit s'amendèrent pendant quelque temps pour augmenter de nouveau peu après. Le malade ne peut plus marcher depuis cinq semaines. Il dit avoir éprouvé pendant quelque temps une certaine gêne de la mastication et de la déglutition; il aurait eu même un peu d'embarras de la parole. Il respire difficilement depuis quatre mois. Il a ressenti quelquefois des douleurs en ceinture avec sensation toute particulière d'étreinte dans un état. Depuis six semaines, il a, de temps en temps, des mouvements convulsifs dans les membres.

Etat actuel. — Le malade est maigre, et d'apparence un peu cachectique. Les quatre membres sont contracturés dans l'extension; le bras droit l'est moins, et la contracture est facilement vaincue; elle disparaît même quelquefois complètement. Le côté gauche est entièrement paralysé; on observe à droite quelques légers mouvements de la jambe et des orteils. Le bras remue plus librement et le malade peut encore s'en servir un peu. La sensibilité est intacte partout. Les mouvements réflexes sont exagérés et l'on détermine aisément l'épilepsie spinale par la flexion brusque du pied sur la jambe. Les membres inférieurs sont œdématiés, ainsi que la main gauche.

La tête est renversée en arrière par suite de la contracture des muscles de la nuque. Il n'y a pas de paralysie faciale, et les organes de la vue et de l'ouïe sont intacts. On ne constate aucune lésion de la colonne vertébrale. La respiration est manifestement gênée; l'inspiration est accrue et exige un effort musculaire considérable. Le diaphragme et les muscles intercostaux semblent se contracter très-faiblement; aussi, pour suppléer à leur défaut d'action, le malade est-il obligé de mettre énergiquement en jeu ses muscles inspireurs accessoires, le sterno-mastoïdien et le trapèze.

On observe une contraction toute particulière du muscle

peaucier dont les fibres musculaires, considérablement hypertrophiées, se dessinent très-nettement sous la peau. Le malade n'éprouve aucun embarras de la parole, mais en raison de la gêne de la respiration, ses phrases sont entrecoupées, et il est obligé de s'arrêter de temps en temps pour respirer.

L'examen du cœur, des poumons, du foie, ne fait reconnaître aucune lésion de ces organes.

Diagnostic. — L'état dans lequel se trouve le malade fait songer à une sclérose latérale; mais est-elle primitive, est-elle consécutive?

15 octobre. — Les quatre membres sont complètement paralysés; la contracture persiste. Le malade se plaint de crampes dans les membres; il éprouve assez souvent et d'une manière spontanée les convulsions cloniques de l'épilepsie spinale.

1^{er} novembre. — La contracture a disparu, les membres sont immobiles et dans la résolution la plus complète; les pieds et les mains sont œdématisés. La gêne de la respiration est plus marquée. Il se développe une petite escharre au sacrum et au niveau du grand trochanter du côté droit; sensation de brûlure dans les membres.

20 novembre. — La gêne de la respiration augmente.

22 novembre. — L'asphyxie survient lentement; les muscles intercostaux et le diaphragme semblent être presque complètement paralysés; la mort arrive, après huit heures de grande dyspnée.

AUTOPSIE. — Les poumons sont congestionnés; le cœur, le foie, la rate, les reins, les intestins sont intacts. Ancien foyer de ramollissement, bien limité à la partie antérieure de la 3^e circonvolution frontale droite. A l'ouverture du canal rachidien, on constate qu'il existe une tumeur de la moelle à sa partie supérieure. Elle est de forme olivaire, et à peu près du volume de la deuxième phalange du pouce; elle siège immédiatement au-dessous du collet du bulbe. Elle est légèrement adhérente à la face interne de la dure-mère rachidienne et intimement unie à la pie-mère, dont elle semble émaner. La tumeur est située à droite, sur les parties latérales de la moelle, et la compression ne s'exerce directement que sur les cordons latéraux. La moelle est comme étranglée à ce niveau, refoulée à gauche, et aplatie contre les parois osseuses du canal rachidien dans lequel elle se trouve trop à l'étroit. Il en résulte qu'à droite comme à gauche, les cordons latéraux sont plus spécialement soumis à la compression; elle est directe à droite et produite par la tumeur, elle est indirecte à gauche et n'est due qu'à l'aplatissement de la moelle contre les parois du canal rachidien. Cette tumeur est dure, élastique et de couleur chair musculaire.

L'examen histologique que nous devons entièrement à l'obligeance de M. le docteur Quinquand, a permis de constater les détails suivants qui sont relatifs à la nature de la tumeur et aux lésions de la moelle et du bulbe :

Examen de la tumeur. — Au microscope, on y voit des faisceaux de fibrilles circonscrivant des espaces irréguliers, remplis de cellules fusiformes, allongées, quelques-unes ramifiées de 0,015 mm.; ce sont, en somme, de petites cellules, nulle part de grandes cellules. Ces éléments sont juxtaposés les uns près des autres, et forment une masse compacte à direction variée. Il s'agit donc d'un sarcome avec faisceaux fibrillaires.

Examen de la moelle et du bulbe. La lésion médullaire siège au niveau de la tumeur et consiste en une zone transverse où la moelle est ramollie, blanchâtre, et réduite en une pulpe semi-liquide. Au-dessus et au-dessous, deux zones congestionnées. Au microscope, les noyaux colorés par le carmin, ont augmenté de nombre. Les fibrilles connectives sont çà et là réunies aux vaisseaux dilatés et gorgés par places de globules rouges. Les gaines lymphatiques contiennent de nombreuses granulations graisseuses. Les tubes nerveux sont les uns variqueux, à peu près normaux, les autres réduits à leur cylindre-axe; la myéline, en outre, est très-fragmentée; les cellules multipolaires sont, les unes globuleuses, surtout dans les zones supérieures et inférieures; les autres fragmentées et à peu près intactes en apparence. On y trouve des corps amyloïdes, mais les corps granuleux ne sont pas très-nombreux.

Sur des coupes transversales, on rencontre quelques corps granuleux dans les faisceaux latéraux, dans une étendue de 0,08 centim., en descendant sur la région dorsale; les lésions sont plus accusées du côté droit que du côté gauche. Ainsi il existe une dégénération symétrique des cordons latéraux, avec maximum à droite, côté de la tumeur.

La lésion phlegmasique s'étend au-dessus du collet du bulbe; en effet, sur des coupes fines et colorées au picro-carminate, on voit une multiplication des éléments nucléaires et des vaisseaux de la névroglie; par places, existe une infiltration de globules rouges, altérés et situés hors des vaisseaux. A l'état frais existent des corps granuleux en dehors des vaisseaux et dans leur gaine lymphatique.

Au niveau des noyaux d'origine des nerfs glosso-pharyngiens et pneumogastriques, les lésions sont les mêmes. Dans ce point, il y a de la congestion et de la tuméfaction des cellules nerveuses; certaines, au contraire, sont en voie d'atrophie simple. Ces altérations semblent ne plus exister dans la région qui avoisine la protubérance.

En résumé, au niveau de la tumeur qui est de nature fibro-

sarcomateuse, on voit une zone où domine surtout le ramollissement; au-dessus et au-dessous, dans l'étendue d'un centimètre et demi, existent de la rougeur, de l'hyperémie et de la myélite transverse avec propagation au bulbe. De plus, les cordons latéraux sont le siège d'une sclérose descendante encore peu avancée dans son évolution.

Si nous analysons les faits contenus dans cette observation, nous dirons : 1° ce sont bien des symptômes de sclérose latérale qu'a présentés le malade, mais la sclérose était secondaire; 2° les phénomènes asphyxiques qui ont caractérisé la dernière phase de la maladie et qui ont amené la mort du malade en quelques heures, sont-ils dus principalement à l'altération des cellules nerveuses au niveau de l'origine des pneumogastriques? Ne reconnaîtraient-ils pas bien plutôt pour cause la paralysie progressive du diaphragme et des intercostaux, par compression de la partie supérieure de la moelle; c'est à cette dernière opinion que nous croyons devoir nous ranger? 3° Les douleurs violentes qui ont caractérisé le début de la maladie, ressenties spécialement sur tout le trajet du nerf occipital et de ses branches, auraient pu faire soupçonner la compression de la moelle par une tumeur. On sait quelle importance M. le professeur Charcot attache à ces douleurs névralgiques, dans les cas de diagnostic difficile entre la myélite primitive et la myélite secondaire.

19. Hémorrhagie rénale chez un enfant mort d'éclampsie; par
E. CORTIN, interne des hôpitaux.

Il s'agit d'un jeune enfant de trois ans et demi, mort d'éclampsie dans le service de M. Siredey, à Lariboisière. Les attaques ont duré cinq jours, très-violentes, presque continues, et nous avons assisté aux dernières, sans toutefois avoir trouvé aucune circonstance, qu'on ait pu regarder comme cause déterminante de la production de ces attaques.

AUTOPSIE. — *Cavités crâniennes et médullaires.* Rien de particulier dans les méninges. Le cerveau présente une consistance normale. A la coupe on trouve les deux substances criblées de petites taches rouges, dans toute l'étendue du cerveau. — La protubérance et le bulbe n'offrent rien de particulier. — En ouvrant la cavité rachidienne, on observe en dehors de la dure-mère une turgescence énorme des plexus veineux dans la région dorsale. Cet état arrive à l'apoplexie dans la partie inférieure de cette région, et au niveau du segment lombaire, il existe une nappe de sang entre la dure-mère et la paroi osseuse. Cette nappe occupe surtout la paroi postérieure. Après le lavage, la cavité os-

seuse est fortement imprégnée de sang. — En ouvrant la dure-mère, on observe sur la face postérieure de la moelle, un réseau vasculaire extrêmement développé, que l'on ne retrouve pas à beaucoup près en avant.

Cavités thoracique et abdominale. — Les poumons sont le siège d'une congestion très-intense à leur partie postéro-inférieure. Des coupes multiples n'y montrent pas autre chose. — Le péricarde ouvert, on observe sur la face antérieure du ventricule droit, à sa partie supérieure, un état violacé, comme ecchymotique, ne disparaissant pas par le lavage, et que l'on ne retrouve pas sur le ventricule gauche.

Mais ce qu'il y a de plus intéressant dans cette autopsie, c'est la présence d'une hémorrhagie dans le rein droit, occupant son extrémité inférieure, et se présentant sous la forme d'un foyer apoplectique parfaitement bien limité. Ce foyer apoplectique a le volume d'une grosse noix, il occupe les deux substances, principalement la substance corticale. A son centre on voit la coupe d'un assez gros vaisseau, dont la lumière est complètement oblitérée par un bouchon fibrineux. La présence de ce vaisseau, siège de thrombose, exactement au centre du foyer apoplectique, indique nettement le point de départ et le mécanisme de cette hémorrhagie.

Dans le reste du même rein, nous n'observons rien de spécial, et celui du côté opposé est parfaitement normal.

M. DE BOYER présente une fracture en V des os de la jambe.

M. GAUCHÉ présente une fracture du crâne avec contusion du cerveau.

20. Election.

M. RONDOT est nommé membre correspondant de la Société.

21. Dysenterie. — Abscès du foie pris pour une pleurésie purulente : empyème; par A. Mossé.

Chaulin, Ferdinand, garçon marchand de vins, entré à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. FREMY, suppléé par M. Audhouy, passe le 18 octobre 1877 salle St-Jean, lit n° 9 (service de M. A. Guérin, suppléé par M. Berger). D'après les renseignements fournis par mon collègue Boraud, interne du service, ce malade a habité la Cochinchine, et en est revenu avec une diarrhée qui s'est améliorée après son retour en France. Quel-

que temps après, il a été traité, d'après ce qu'il a raconté, pour une pleurésie guérie par des vésicatoires, mais la guérison ne s'est pas maintenue, et il est rentré à l'hôpital avec les signes d'un épanchement pleural. Outre les signes physiques ordinaires, il existait une voussure notable de l'hypochondre droit, surtout en avant et sur le côté; aussi M. Audhouy fit-il d'abord quelques réserves, pensant qu'on pourrait bien avoir affaire à une pleurésie compliquant un abcès du foie : mais la matité, le souffle remontaient en arrière, presque jusqu'au niveau de l'épine de l'omoplate, et l'on se décida, trois jours environ après l'entrée du malade, à pratiquer une ponction dans l'aisselle, afin de diminuer la compression pulmonaire : elle donna issue à un litre et demi environ de pus; légère amélioration, mais sans grandes modifications des signes physiques; deux autres ponctions faites en arrière, peu de temps après, restent sans résultat.

La paroi thoracique s'infiltré, empatement profond; M. Berger, alors appelé, pratique une troisième fois la ponction capillaire, qui donne issue à un litre et demi de pus brun couleux chocolat, et dont l'écoulement se fait avec difficulté; après cette opération, l'existence d'un épanchement purulent dans la plèvre ne paraissait plus douteux, le malade est évacué sur une salle de chirurgie, pour y subir l'opération de l'empyème, dont les indications paraissent réunies.

18 octobre. — Emaciation profonde : facies plombé, gris-terreux : voussure considérable du côté droit, avec œdème de la paroi costale, et fluctuation vague, donnant l'idée d'un abcès formé à ce niveau. A cause du grand état d'affaissement du malade, les signes physiques de l'épanchement, dont l'existence paraît certaine, ne sont pas cherchés à nouveau lors de l'entrée du malade dans la salle. Diarrhée fréquente, escharre du sacrum. *Traitement.* — Lait, potion de Todd, julep diacodé.

19. — *Empyème* : le malade étant couché sur le côté gauche, M. Berger fait une incision de 6 à 8 centimètres, un peu en avant de la ligne axillaire, en se guidant sur le bord supérieur de la septième côte; cette première incision ne donne pas issue à du pus, mais laisse arriver sur la plèvre, faisant saillie dans l'espace intercostal, on la ponctionne d'abord avec le bistouri, puis l'ouverture, ainsi pratiquée, est élargie au moyen des deux doigts; par la plaie, ainsi produite, s'échappe aussitôt un jet de pus sanieux, d'odeur repoussante, rappelant, par l'odeur et la couleur, le pus des abcès froids. Après l'évacuation de ce liquide (deux litres environ), qui n'a pas été accompagnée de quinte de toux caractéristique, on introduit dans la cavité, deux tubes en caoutchouc (siphon de Potain, modifié par Peyrot), et on les fixe à demeure. Plusieurs lavages dans

la journée, répétées, autant que possible, toutes les deux heures, avec une solution de teinture d'iode au 1/100°. A chaque fois, le lavage est continué jusqu'à ce que le liquide qui a pénétré, ressorte avec sa coloration normale, les premières parties entraînant toujours avec elles du pus et des fausses membranes : il faut noter, d'ailleurs, qu'une quantité notable de ces dernières avait été déjà expulsée au moment de l'ouverture de la poche, et que le même fait se reproduit, quand le malade veut se mettre sur son séant, ce mouvement s'accompagnant généralement d'une petite quinte de toux.

Soir, le malade se trouve un peu mieux. Oppression moins marquée; cependant la peau est très-chaude, brûlante, le pouls petit, rapide, la fièvre intense; la température axillaire 38° 2, ne peut être considérée comme exacte, à cause de l'émaciation profonde du malade, et on ne peut songer à prendre la température rectale.

20. — L'état paraît rester le même, bien que le malade accuse une légère amélioration : le facies semble en effet s'animer un peu, la fièvre et la diarrhée persistent.

22. — Les fausses membranes ayant obstrué les tubes, au point de rendre les lavages très-difficiles, ceux-ci sont remplacés par deux nouveaux tubes disposés de la même manière; avant d'opérer le changement on injecte une solution étendue d'acide phénique dans la cavité. L'odeur reste toujours très-forte; la solution destinée aux lavages est ainsi modifiée : eau, 1.000 grammes; teinture d'iode, 15 grammes; solution alcoolisée d'acide salicylique, 100 grammes. La diarrhée est toujours abondante, sanguinolente; l'eschare du sacrum s'étend avec rapidité. Lait.

23. — Le malade ne prend presque aucune alimentation : une pilule d'extrait thébaïque d'un centigramme, toutes les deux heures, contre la diarrhée. Vomissements. Les narines et les dents deviennent pulvérulentes. L'état général, qui avait paru d'abord s'améliorer un peu, devient plus mauvais; muqueuses sèches, langue rôtie. Pas de modifications du côté de la plaie. Bière. 24. — Mort à 10 heures du soir.

AUTOPSIE le 26 octobre, trente-six heures après la mort. — *Poumon* gauche sain, sans adhérences pleurales, pas de liquide dans la plèvre; le poumon droit se rétracte aussi dès que la poitrine est ouverte, quelques adhérences vers le sommet; le lobe inférieur très-congestionné, refoulé en haut par le foie, adhère intimement au diaphragme et à la plèvre, celle-ci contient un épanchement séreux peu considérable, la plèvre pariétale est très-congestionnée.

Cœur. N'offre à noter que quelques petites végétations occupant la face supérieure de la valvule mitrale près de son bord

libre. Le cœur droit n'est pas dilaté. Les artères n'offrent aucune particularité.

Organes abdominaux : foie très-volumineux, d'une coloration jaunâtre, donnant au doigt qui les presse une sensation analogue à celle du foie gras. Il refoule en haut le diaphragme qui lui adhère intimement, surtout au niveau du lobe droit, dépasse en bas les fausses côtes, remonte en haut jusqu'au quatrième espace intercostal ; son poids est considérable.

Le lobe droit est pour ainsi dire enkysté en haut et en arrière par le diaphragme : en dehors il est étroitement fixé contre la paroi costale dont il serait impossible de le détacher sans déchirure. En bas, il n'existe presque pas de fausses membranes, et la face inférieure du foie est presque aussi lisse et aussi brillante qu'à l'état normal : elle s'affaisse et se plisse quand on fait reposer le foie sur la face convexe, comme si le parenchyme étant détruit intérieurement il n'en restait plus qu'une mince épaisseur pour constituer cette face inférieure. En effet, en incisant ce lobe droit, on voit qu'il est creusé d'un vaste abcès solitaire dont les dimensions dépassent celles d'une tête de fœtus à terme ; ses parois sont tomenteuses ; en bas, la portion de parenchyme qui entoure la poche de l'abcès est réduite à une sorte de coque de deux centimètres et demi à trois centimètres d'épaisseur, dans la portion moyenne du lobe droit : la paroi supérieure est beaucoup plus distante de la surface convexe. Dans la région fixée contre la paroi costale, l'abcès communique en deux points avec l'extérieur : 1° dans le sixième espace intercostal où se trouve l'incision faite par le chirurgien ; 2° en dehors et un peu plus haut, dans le cinquième espace, point où l'abcès paraît s'être ouvert spontanément : là, les tissus sont empâtés, infiltrés de pus. Les côtes correspondantes sont rugueuses ; quelques ostéophytes sur les bords ; dilatation des canaux vasculaires très-visibles à l'œil nu sur leur face externe.

Le lobe gauche, à part la coloration signalée plus haut n'offre pas de lésions spéciales : ganglions lymphatiques volumineux sous le foie et au-devant de la colonne vertébrale : la veine porte ne contient pas de pus.

Rate normale. Rein droit, englobé dans une fausse membrane assez épaisse. Rein gauche pâle, substance corticale en partie détruite : l'aspect macroscopique est celui d'un rein amyloïde.

Estomac et intestin grêle sans lésions ; la muqueuse légèrement congestionnée dans la partie initiale du jéjunum, est saine dans tout le reste de son étendue, mais offre un piqueté noir assez uniforme qui paraît s'expliquer par ce fait

que le malade a longtemps pris du bismuth : petite ulcération du niveau de la valvule iléo-cœcale.

Gros intestins : Ganglions nombreux et engorgés au niveau du cœcum, où ils constituent une masse assez volumineuse ; tuniques intestinale et muqueuse très-épaissies : ulcérations nombreuses, irrégulières, justifiant l'expression classique, « en jeu de patience. » L'aspect est le même dans le côlon ascendant, les lésions diminuent dans le côlon transverse pour redevenir plus fréquentes dans le côlon descendant, mais moins marquées cependant qu'elles ne l'étaient dans la portion ascendante ; l'S iliaque est presque indemne ; c'est dans le rectum que les lésions atteignent leur plus haut degré. L'aspect diffère cependant de ce qu'il est dans les parties supérieures du gros intestin : dans la portion initiale la muqueuse est très-rouge, offrant plusieurs ulcérations à fond noirâtre et induré de diamètre variable, quelques-unes dépassent celui d'une pièce de deux francs.

Plus bas, la muqueuse offre des ulcérations moins avancées. par places ce ne sont même que de simples tubercules jaunâtres indurés, quelques-uns sont percés d'une petite ouverture à leur sommet. A quelques centimètres au-dessus de l'anus, les ulcérations deviennent plus étendues, et très-analogues à celles qui occupent la première portion du rectum : Les autres tuniques de l'intestin ont subi des altérations variables : épaissies et indurées, là où les ulcérations acquièrent leurs plus grandes dimensions ; amincies, au contraire, dans la partie moyenne là où les lésions paraissent moins avancées ; là on s'aperçoit en regardant par transparence que les tuniques sont presque entièrement détruites, et que le péritoine presque seul semble constituer l'unique barrière qui persiste encore.

REMARQUES — Nous n'insisterons pas sur l'intérêt que nous ont offert les lésions anatomiques, rappelons seulement que deux cas d'erreur de la même nature ont été récemment publiés dans les bulletins de la Société (Aüger, octobre 1875 ; Dreyfous, juin 1877), et prouvent combien parfois, il peut être difficile d'établir le diagnostic. Ici, en effet, l'abcès du foie a d'abord été soupçonné, puis il a été pris et traité comme un empyème. Pendant près de huit jours la poche purulente a été lavée plusieurs fois dans la journée au moyen de l'appareil que nous avons indiqué, et il est survenu une légère amélioration dans l'état, d'ailleurs fort grave du malade. Aussi, à ce sujet, pourrait-on poser la question suivante devant la Société : serait-il permis, dans un cas où l'on reconnaîtrait que l'on a affaire à un abcès du foie facilement

accessible, de l'inciser et de le traiter ensuite absolument comme on fait de l'empyème? »

M. Berger pense que cette question pourrait être souvent résolue d'une manière affirmative, et d'après les renseignements qu'il nous a fournis, cette opinion aurait déjà été émise, dans ces derniers temps, en Allemagne, dans un mémoire de Krönlein que nous n'avons pu nous procurer. Dans l'observation de M. Auger qui peut être rapprochée de la précédente, à plusieurs points de vue, nous lisons : « On fit des lavages deux fois par jour avec l'appareil Potain. Pendant les quinze premiers jours qui suivirent l'opération le malade reprit des forces, l'appétit était excellent et tout faisait supposer une guérison rapide. »

Dans le cas actuel le malade a été opéré, à la dernière période de consommation, l'autopsie a montré que la guérison était impossible, cependant il a survécu six jours à l'opération, et même a accusé une certaine amélioration dans les symptômes.

22. Gastrite chronique ; par G. BALLET, interne.

W..., capitaine d'infanterie, 59 ans, entre à l'hôpital à la fin février 1876. Habitudes alcooliques invétérées. Le malade buvait chaque jour plusieurs verres d'absinthe et une grande quantité d'alcool. Il a toujours été bien portant et n'a jamais fait de maladie grave. Il souffre depuis plusieurs mois, au niveau de la région épigastrique, et se plaint de difficultés dans les digestions; il a de fréquents vomissements de matières glaireuses et affirme même avoir eu des vomissements sanguins, et lorsqu'on lui demande s'il a rejeté des matières ressemblant « à de la suie, » il répond affirmativement.

Les artères sont athéromateuses, le facies variqueux et très-injecté. Tout dénote, chez le malade, une intoxication alcoolique chronique.

W... se plaint de souffrir lorsqu'on exerce une pression à la région épigastrique et dans les hypocondres, surtout le droit. Le volume du foie ne paraît pas modifié. On sent, à la palpation, dans la région épigastrique, une plaque dure, large, occupant une grande partie de l'épigastre. Le malade a maigri depuis quelque temps. Il ne présente pas la teinte jaune paille. Diagnostic : carcinome de l'estomac. L'état du malade ne se modifie pas sensiblement durant le mois de mars. Les douleurs persistent mais peu vives. Vomissement pituitaire, surtout, mais non exclusivement, le matin. De temps en temps, vomissements alimentaires. Perte complète

de l'appétit, les aliments que prend le malade « ne passent pas. »

Cet état se prolonge, mais vers la fin de mars, on éprouve plus de difficulté à percevoir la plaque dure et saillante de la région épigastrique. De l'ascite se développe et la sensation de tumeur disparaît complètement. L'ascite augmente, les jambes s'œdématisent. L'état général devient très-grave, le malade ne peut plus tolérer aucun aliment, la prostration survient, puis un léger subdélirium et le malade succombe le 5 avril.

AUTOPSIE. — A l'ouverture de l'abdomen, il s'écoule une quantité assez considérable de sérosité. Ce liquide est coloré en rouge.

Le foie, dont le volume est un peu diminué, présente sur certains points des granulations peu saillantes. A la coupe, sa consistance est légèrement augmentée.

L'estomac rétracté sur lui-même est comme collé contre la colonne vertébrale et on ne peut le trouver qu'après une recherche attentive.

Les dimensions sont très-diminuées et ne dépassent pas, au niveau de la grosse tubérosité, celle du côlon transverse. L'estomac n'est pas adhérent aux organes voisins, sa surface est lisse et ne présente pas de nodosités.

A la coupe : la surface de la muqueuse offre une coloration légèrement bleuâtre ; pas traces d'ulcération. Dans le voisinage du pylore on trouve deux petites saillies polypiformes, à base sessile.

Les parois de l'estomac sont très-épaissies. Au niveau du pylore elles mesurent 3 centimètres environ. Elles crient à la coupe sous le scalpel. Le tissu qui les constituent est dur et comme lardacé. Il ne s'écoule pas de suc au raclage. L'épaississement paraît produit aux dépens de la tunique celluleuse et de la musculaire. Cette dernière mesure un centimètre à peu près d'épaisseur ; et les différentes couches de fibres musculaires qui la constituent sont très-apparentes et bien distinctes. La couche celluleuse, dont les dimensions sont très-augmentées, contribue, plus encore que la musculaire, à donner à la paroi la consistance lardacée. La muqueuse n'est pas notablement épaissie.

A mesure qu'on approche de la grosse tubérosité, l'épaisseur des tuniques diminue progressivement, mais au niveau de cette dernière l'épaississement est encore manifeste quoique moins prononcé. Il existe quelques traces de péritonite, quelques pseudo-membranes rares et disséminées.

Les reins sont volumineux et en dégénérescence graisseuse.

Des circonstances spéciales n'ont pas permis de faire l'autopsie de la poitrine.

EXAMEN MICROSCOPIQUE : A. Couche muqueuse. — Les lésions de la membrane muqueuse sont différentes suivant qu'on examine cette dernière au niveau de la partie moyenne ou dans le voisinage du pylore. — Des coupes pratiquées, après le durcissement dans l'alcool absolu, dans la muqueuse qui tapisse la partie moyenne des faces de l'estomac nous ont montré les lésions suivantes : l'épithélium n'est plus reconnaissable. Les culs-de-sac glandulaires sont très-dilatés, pressés les uns contre les autres et déformés par pression réciproque, sur certains points. Ils renferment de grosses cellules en dégénérescence muqueuse, et de la matière muqueuse libre. Ces culs-de-sacs sont rompus sur quelques points. A ce niveau on trouve de véritables lacs renfermant de la matière muqueuse et des cellules dégénérées, circonscrites par des travées conjonctives.

Sur la muqueuse prise au voisinage du pylore, les lésions sont différentes : les kystes muqueux sont rares, les glandes peu altérées. En revanche le tissu conjonctif péri-glandulaire a proliféré ; il envoie à la surface de la muqueuse de petits prolongements qui lui donnent un aspect vilieux. — La couche musculuse de la muqueuse est épaissie sur certains points, amincie sur d'autres.

B. Couche celluleuse. — Épaissie dans toute son étendue, elle est formée par un tissu fibreux, dense sur quelques points. Il existe une véritable sclérose de cette tunique celluleuse. Les vaisseaux artériels, y sont dilatés, comme variqueux. — Il ne nous a pas été possible de trouver là de lésions inflammatoires bien nettes des parois vasculaires.

C. Couche musculaire. — Hypertrophie notable. Les fibres musculaires sont plus nombreuses. La tunique est parcourue par de nombreuses travées conjonctives.

D. Foie. — Sur quelques coupes nous avons constaté une cirrhose commençante, mais les lésions n'étaient nulle part très-prononcées.

RÉFLEXIONS. — Cette observation est intéressante au point de vue clinique et anatomo-pathologique. — Au point de vue anatomo-pathologique, on retrouve, dans l'estomac que nous présentons, toutes les lésions du catarrhe gastrique chronique, telles qu'elles ont été décrites par Cornil et Ranvier. Ces lésions de la muqueuse se combinent ici avec une sclérose de la tunique celluleuse. C'est cette dernière altération, qui paraît avoir attiré surtout l'attention de Brinton, dans le tableau qu'il a tracé de la gastrite chronique, décrite par lui sous le nom de « linte scléreuse. » Peu de travaux

ont été publiés sur l'histologie des inflammations chroniques de l'estomac. MM. Cornil et Ranvier se sont préoccupés surtout des lésions de la membrane muqueuse; et la description donnée par Brinton des altérations de la tunique celluleuse est trop insuffisante au point de vue histologique pour n'être pas à refaire. — Peut-être y aurait-il lieu de demander si cette sclérose de la tunique moyenne, telle que nous croyons l'avoir constatée dans le cas que nous rapportons, ne présente pas au point de vue pathogénique, quelque analogie avec la cirrhose vulgaire du foie? et si l'on ne trouverait pas dans des lésions vasculaires l'origine et l'explication de la transformation fibreuse de la tunique celluleuse?

Rappelons, en dernier lieu, que la gastrite chronique s'est présentée ici sous un aspect et avec une marche telle qu'on a pu la confondre avec un cancer. Sans nous porter garant de la légitimité du diagnostic posé, nous devons reconnaître cependant qu'il y avait dans le tableau clinique, plus d'un trait expliquant et jusqu'à un certain point excusant la confusion.

23. Anatomie pathologique d'une luxation intra-coracoïdienne de l'épaule, trouvée sur un homme adulte disséqué à l'Ecole pratique; par E. KIRMISSON.

La luxation siège sur l'épaule gauche; qu'elle ait été réduite pendant la vie, ou après la mort par suite des tractions pratiquées sur le bras du cadavre, toujours est-il que la tête est contenue dans la cavité glénoïde; mais on l'en fait aisément sortir. Elle vient se placer tout entière en dedans de l'apophyse coracoïde. Elle sort à travers la partie inférieure du sous-scapulaire qui est largement déchirée; le biceps et le coracobrachial se placent au-devant d'elle. Dans cette position, le sus-épineux, et surtout le sous-épineux et le petit rond sont très-distendus. Le petit rond est réduit à un cordon mince, aplati, complètement décoloré, d'apparence grasseuse. Les sus et sous-épineux paraissent sains, quand on les examine par leur face externe; mais, vus par l'intérieur de l'articulation, ils présentent leurs insertions humérales en partie arrachées. Le deltoïde offre une teinte feuille-morte; quelques-unes des fibres profondes et supérieures du sous-scapulaire sont en dégénérescence grasseuse. Le tendon de la longue portion du biceps est arraché à un demi centimètre environ de son insertion, et le bourrelet glénoïdien est séparé de son insertion osseuse dans le tiers supérieur environ du rebord de la cavité glénoïde. Les deux bouts du tendon sont adhérents dans sa gaine synoviale. — La capsule est large-

ment déchirée dans l'étendue correspondant aux insertions du sous-scapulaire. De plus, au niveau de la coulisse bicipitale, elle offre une seconde perforation, large comme une pièce de 50 centimes; et, en ce point, la tête humérale a subi plusieurs pertes de substance; deux petites esquilles sont trouvées en dehors de l'articulation; plusieurs sont appliquées à la face interne de la capsule. Le cartilage articulaire présente à sa périphérie de petites érosions peu profondes, indiquant que la luxation remonte déjà à un certain temps. — Les vaisseaux et nerfs n'ont pu être examinés. — Nous n'avons pu recueillir aucun renseignement sur les faits cliniques concernant cette luxation.

Tout incomplète qu'elle est, cette observation présente cependant quelques particularités intéressantes à signaler. Au point de vue des déchirures de la capsule et des muscles, elle confirme les faits signalés dans les autopsies de ce genre. L'altération profonde du deltoïde, et surtout du petit rond, indique que le nerf circonflexe avait été atteint; et cette lésion vient à l'appui de l'opinion émise par notre maître, M. Panas, qui pense que c'est toujours dans les luxations intra-coracoïdiennes que s'observent les paralysies consécutives aux luxations de l'épaule. La dégénérescence des muscles s'est produite rapidement; car, d'après l'état de l'articulation, la lésion ne remontait certainement pas à plus d'un mois ou six semaines. De plus, comme l'a fait remarquer à la Société anatomique M. Budin, cette altération des muscles peut avoir de l'importance en médecine légale, dans le cas où l'on voudrait savoir, par exemple, si la luxation a bien été produite réellement pendant la vie. — Enfin, la perte de substance de la capsule au niveau de la coulisse bicipitale, et la fracture esquilleuse de la tête au même point, nous éclairent sur le mécanisme de la luxation qui a dû être évidemment produite par un choc direct sur le moignon de l'épaule.

24. Tuberculose génitale (1); par M. FÉRÉ. — **Examen microscopique du testicule;** par S. CHAMBARD, interne des hôpitaux, répétiteur à l'Ecole des Hautes-Etudes.

J'ai l'honneur de communiquer à la Société anatomique le résultat de l'examen microscopique du testicule, présenté par mon collègue M. FÉRÉ, comme atteint de tuberculose. Les préparations que nous avons examinées, consistent en coupes

(1) Addition à la présentation faite le 5 octobre 1877.

colorées par le picrocarminate d'ammoniaque et conservées dans la glycérine et le baume du Canada, que M. PETIT a bien voulu nous confier au laboratoire d'histologie du Collège de France.

Dans cette note, nous décrirons ces préparations en nous servant de grossissements d'abord faibles, puis plus forts pour obtenir une vue générale, puis une connaissance analytique des altérations que nous avons à décrire, puis nous chercherons à déterminer la nature de ces altérations, leur forme, autant que possible leur degré d'évolution ; nous terminerons enfin par quelques considérations sur certaines particularités que nous y avons rencontrées.

Pour la dénomination des différentes parties de la tumeur, nous emploierons la terminologie adoptée par M. MALASSEZ dans son mémoire sur le siège et la structure des granulations tuberculeuses du testicule. (Archives de physiologie, 1876).

A. Vue générale des préparations. — Sur les coupes examinées avec un faible grossissement (ocul. 2, obj. 2, hartin.), on voit une bande fibreuse qui représente la section transversale de la tunique albuginée et la surface de coupe du parenchyme testiculaire adjacent.

Tunique albuginée. — Ne représente de remarquable qu'une certaine dilatation des veines qui la parcourent. Dans ses couches les plus profondes, le tissu fibreux est infiltré par places de cellules lymphatiques.

Parenchyme testiculaire. — La surface de la coupe renferme un grand nombre de granulations opaques, à bords mal délimités et colorés en jaune par le picrocarminate d'ammoniaque. Les unes sont arrondies, les autres de forme irrégulière, semblent constituées par la confluence de plusieurs granulations élémentaires.

Au centre des granulations isolées se voient des figures que depuis les recherches de M. MALASSEZ on peut facilement reconnaître comme représentant la section plus ou moins oblique ou transversale de canaux séminifères dilatés. Les granulations conglomerées montrent deux, trois, jusqu'à quatre de ces figures. La forme des granulations est déterminée par celle de ces sections transversales et obliques des canaux séminifères et le centre dégénéré ne s'étend qu'à une faible distance de leurs bords.

Il est impossible, dans le cas actuel, de retrouver nettement autour de ces granulations, la zone périphérique et la zone embryonnaire péri-tuberculeuse que M. MALASSEZ a décrites et figurées en étudiant des cas moins anciens ; ici, la description topographique de la section est moins facile à

établir et nous devons nous borner à dire qu'entre les granulations qui sont volumineuses et en certains points presque confluentes, il existe un tissu fibroïde, infiltré de nombreux éléments lymphatiques inégalement répartis et parsemé de points rouges que nous verrons plus tard répondre à de très-nombreuses cellules géantes. Près des granulations, les tubes séminifères semblent avoir complètement disparu du moins avec ce faible grossissement; dans les régions, au contraire, où celles-ci sont plus espacées, on retrouve ces tubes mais presque méconnaissables quelquefois et toujours considérablement altérés.

B. Analyse des préparations. — Si maintenant nous reprenons avec des grossissements plus élevés (ocul. 2, obj. 3, 6, 7, Verick.) les différents points que nous venons de passer rapidement en revue, nous ajouterons quelques notions nouvelles à celles que nous avons déjà acquises et nous pourrions arriver au diagnostic exact de la nature, de la forme et de l'âge des altérations que nous avons sous les yeux.

1° *Granulations.* Les granulations répondent au centre dégénéré de M. MALASSEZ; car ici, comme nous l'avons vu, les zones périphérique et périculiculaire ne constituent pas des zones distinctes du reste du parenchyme testiculaire.

Le diamètre moyen des granulations simples (élémentaires) est en moyenne de 360 μ . Celui des granulations conglomerées varie de 900 μ à 1590 μ .

A centre de ces deux ordres de granulations se voient une ou plusieurs figures arrondies, ovales ou elliptiques qui répondent à des sections de tubes séminifères dilatés. Quelques-unes de ces figures ont une forme très-allongée, d'autres sont fusiformes, d'autres encore en forme d'S. — Ces deux dernières apparences tiennent à ce que dans le premier cas, la coupe intéresse sur une grande longueur un de ces tubes dilatés en fuseau et que M. MALASSEZ compare à un anévrysme fusiforme, et dans le second un tube tortueux. Le diamètre des figures représentant la section transversale de ces tubes varie de 200 μ à 250 μ . La dilatation n'est donc pas considérable ici puisque, d'après *Kolliker*, le diamètre des tubes spermatiques oscille entre 130 μ à 260 μ . Ces tubes sont limités par un double contour ankysté fort mince dont l'épaisseur ne dépasse pas 4 μ à 6 μ . Ils sont remplis par une masse granuleuse, au sein de laquelle on ne peut distinguer aucun élément figuré et qui est évidemment le produit de la caséification de l'épithélium des tubes séminifères. Autour de ceux-ci s'étend, à une distance qui ne dépasse pas 100 μ à 150 μ une zone également caséuse qui, avec les tubes, répond au centre dégénéré des granulations décrites par M. MALASSEZ.

2° Parenchyme testiculaire intermédiaire aux granulations.

Près des granulations, le parenchyme est constitué par du tissu conjonctif jaune infiltré de nombreuses cellules lymphatiques mais présentant déjà une structure fibrillaire bien manifeste. Au milieu de ce tissu sont disséminés des restes de tubes séminifères et de nombreuses cellules géantes. Les tubes se montrent sur des sections transversales plus ou moins obliques. Ils sont généralement entourés d'une ceinture, complète ou non, de cellules lymphatiques. Leur diamètre moyen ne dépasse pas 60μ à 90μ ; leur membrane propre très-épaissie, peut assurer jusqu'à 20μ à 25μ , leur lumière, très-réduite et aplatie est comblée par un débris granulo-grasieux résultant de la steatose de leur épithélium. — A côté de ces tubes et dans les mêmes régions se trouvent des tubes plus larges et à parois beaucoup moins épaisses remplis de cellules ayant le caractère épithélial (cellules épithéloïdes de M. MALASSEZ). Ailleurs et très-près du centre dégénéré, se trouvent des amas de semblables cellules qu'aucune paroi distincte ne sépare plus du tissu fibreux embryonnaire au sein duquel elles sont situées.

Les cellules géantes sont constituées par des blocs de protoplasma finement granuleux et volumineux, arrondis d'une manière générale mais à bords nets et comme cassés, douées d'une réfringence particulière et colorées en jaune par le picro-carmin. Ces cellules sphériques ou plus moins allongées, présentent souvent un assez grand nombre de prolongements courts et pointus, mais un ou deux de ces prolongements sont au contraire volumineux, cylindriques et peuvent être suivis plus ou moins loin, quelquefois jusqu'à une distance égale au diamètre de la cellule elle-même. Ces cellules géantes possèdent un grand nombre de noyaux, de 15 à 40 et au-delà, petits, arrondis ou ovalaires, d'un diamètre de 5 à 6^{mm} et munis d'un nucléole punctiforme : ils forment au sein du protoplasma un creux voisin du centre ou une couronne située à quelque distance de celui-ci. Ces cellules sont contenues dans des sortes de loges creusées au sein du tissu conjonctif; leurs dimensions peuvent s'élever jusqu'à 50, 75, 100 et même 150^{mm} . Aucune ne nous a montré de vacuoles et nulle part nous n'avons pu constater de continuité entre ces vaisseaux et un de leurs prolongements.

B. Loin des granulations. — Tissu conjonctif embryonnaire. Tubes séminifères atrophiés : membrane propre épaissie, contenu épithélial plus ou moins altéré. Dans quelques tubes, les cellules sont encore visibles mais leur protoplasma a l'aspect vitreux et le noyau est diffus; dans d'autres elles sont devenues graisseuses ou caséuses.

Les artères et veines ne sont pas altérées. Près des granulations on voit des capillaires embryonnaires. Des capillaires se voient en certains points au milieu des masses caséuses des centres dégénérés.

DÉTERMINATION HISTOLOGIQUE ET RÉFLEXIONS. — 1° La description qui précède montre bien que la lésion de ce testicule est de nature tuberculeuse. Elle consiste, en effet, en granulations isolées ou conglomérées de nature caséuse, ayant pour centres un ou plusieurs tubes séminifères et déterminent autour d'elles un processus irritatif qui se traduit par la transformation embryonnaire du tissu conjonctif qui constitue le stroma des testicules et de la gaine fibreuse des tubes séminifères.

9° En effet, le cas que nous venons de relater confirmait les vues des auteurs qui font des tubes séminifères le point de départ et le centre de formation des granulations tuberculeuses du testicule contrairement à celles des observateurs qui le font naître du tissu interstitiel (*Craigie, Demme, Virchow, Villemin*) ou des gaines artérielles (*Nepveu*).

Mais tandis que *Carweli, Huff, Hurrth, Curling, Vernereil, Clark*, font siéger le tubercule dans l'intérieur des tubes séminifères, *M. Malassez* les fait provenir de la gaine séreuse qui entoure les tubes dont l'endothélium a été démontré par *Tomasi* et que *M. Malassez* a imprégnées sur le testicule du rat. Dans l'espèce, nous ne pouvions pas isoler comme l'a fait *M. Malassez* le tube séminifère chargé de granulations tuberculeuses, mais ses observations nous semblent assez démonstratives pour qu'il soit permis de certifier aujourd'hui que la granulation tuberculeuse vient soit du revêtement endothélial des gaines séreuses, soit des parois mêmes de ces gaines.

3° A cet égard, la granulation tuberculeuse du testicule peut, comme l'a fait le même observateur, être assimilée à celle des membranes séreuses. C'est là de plus une confirmation de cette opinion émise par *Rindfleisch* et par *Thaon* que le testicule naît du lymphatique, car les travaux de *Ludwig, Tomsa* pour le testicule en particulier, ceux du professeur *Ranvier*, au point de vue de l'anatomie générale ne permettent pas de douter que les gaines séreuses péritubulaires du testicule ne soient de véritables gaines lymphatiques parcourues par la lymphe.

4° Enfin, ce fait infirme une fois de plus la singulière opinion de *Rindfleisch* qui nie la granulation miliaire tuberculeuse du testicule : il compare les dépôts caséux qu'on y rencontre aux gros tubercules du péritoine et du cerveau. Depuis longtemps cependant *Cruveilhier* a décrit et figuré la granulation miliaire du testicule.

A d'autres égards, la granulation tuberculeuse du testicule peut être comparée à celles des autres organes glandulaires; elle se développe, en effet, autour d'un tube séminifère comme celle du rein autour d'un canal excréteur, celle du foie autour d'un canal biliaire et celle du poumon autour d'une bronche. Pour compléter l'analogie, nous avons dans notre cas un nombre considérable de cellules géantes qui sont semées autour de la granulation et disposées comme des sentinelles autour d'un camp.

La nature et la signification de ces cellules géantes sont loin d'être encore bien connues: elles ne sont pas d'ailleurs propres aux tubercules, car on les rencontre dans les bourgeons charnus inflammatoires, dans un grand nombre de sarcomes, dans les nodules du lupus, etc., etc. D'abord considérées comme des apparences produites par la coagulation du sang dans les vaisseaux et l'annexion au caillot d'un certain nombre de noyaux endothéliaux de la paroi vasculaire, leur anatomie a été mise hors de doute par *Cornil* et *Ranvier*, *Thaon*, *Grancher*, *Langhans*.

Récemment, *Rodowsky* (Ueber den arsprung Sogenannter Rigenzellen und über Tuberkeln, in Allgemein. Virchow's arch. 1875), a montré leur connexion avec les vaisseaux sanguins et les a comparées à des prolongements angioplastiques d'*Arnold* et de *Rouget*, hypertrophiés, enfin, un travail encore inédit de M. *Malassez* confirmera et justifiera encore cette manière de voir.

6° A quelle variété du tubercule du testicule appartient notre cas, et à quel degré d'évolution est-il parvenu? On sait que dans le mémoire cité plus haut M. *Malassez* donne le tableau suivant :

Tubercules constitués par des granulations.	{ isolées	{ Élémentaires ou primitives.	
		{ composées	{ récentes.
	{ conglomerées	{ fibreuses.	
		{ Élémentaires.	{ récentes.
		{ composées	{ fibreuses.

Nous avons ici des granulations isolées en petit nombre et des granulations conglomerées en majorité. En outre, nous les avons vues entourées d'une gaine fibreuse bien qu'encore parsemées d'éléments embryonnaires, la disparition de la zone périphérique de la granulation est presque complète, la zone pérítuberculeuse est presque entièrement organisée; loin même des granulations, le processus irritatif s'est étendu et a déterminé une sclérose testiculaire; il s'agit donc ici d'une variété fibreuse et d'un cas ancien: nous voyons, en effet, d'a-

près l'observation de M. *Féré* que l'affection a dû commencer vers le mois de janvier 1877 et que le malade est mort à la fin de septembre, neuf mois après le début probable de sa maladie.

25. Périostite phlegmoneuse diffuse; endocardite; par MAYOT.

Le 24 décembre, au soir, entrant dans le service de M. BERNUTZ, à la Charité, un malade que l'on envoyait à l'hôpital pour y être traité d'un rhumatisme articulaire. C'est un garçon de 17 ans, exerçant la profession de garçon marchand de vin.

Le 25 décembre, au matin, on le trouvait plongé dans une sorte de sommeil avec respiration haute et bruyante, mais sans stertor. En le questionnant à voix très-haute, on le tirait de cet assoupissement, il répondait alors quelques mots, mais le plus souvent sans paraître avoir bien compris la question, puis il retombait dans sa torpeur. Les renseignements qu'il donnait étaient donc sans importance. Cependant il semblait très-affirmatif sur deux points : d'abord il niait énergiquement l'alcoolisme, ensuite il prétendait être malade depuis quinze jours et ne pass souffrir autre part qu'à la cuisse droite. Voici les signes que l'on constata alors : la cuisse droite présente un gonflement marqué avec tension et même un peu d'œdème. Les phénomènes sont beaucoup plus marqués au-dessus du genou que dans la partie supérieure du membre. La peau est saine, sa coloration est normale même au niveau du genou. Cependant cette articulation est énormément gonflée et a pris un aspect cylindrique. Quoiqu'il y ait une grande quantité de liquide dans la jointure, les culs-de-sac sous-tricipitaux ne dessinent pas leur relief comme ils le font d'habitude dans les grandes hydarthroses ; le gonflement uniforme de la cuisse cache leur saillie. La jointure est chaude et très-douloureuse soit à la pression, soit pendant les mouvements provoqués.

En palpant au-dessus du genou, il semble que le fémur soit un peu gonflé. Cette tuméfaction ne cesse pas brusquement. Du reste, elle est difficile à apprécier, la douleur à la pression étant extrêmement vive le long de cette cuisse, surtout immédiatement au-dessus du genou. On ne trouve pas de fluctuation. L'articulation coxo-fémorale est douloureuse à la pression. Les ganglions inguinaux sont sains.

La jambe paraît saine bien qu'on y ait appliqué un vésicatoire. Les autres jointures des membres, celles du cou et de la mâchoire inférieure ne sont nullement gonflées ni douloureuses. Seul le genou gauche paraît contenir un peu de liquide ; mais

il est, du reste, parfaitement indolore soit à la pression, soit pendant les mouvements provoqués les plus étendus.

On remarque que le malade offre une légère déviation de la bouche. Le pli naso-génien gauche paraît moins accentué, la commissure est légèrement abaissée. Il y a un peu de paralysie faciale, mais elle ne porte point sur l'orbiculaire des paupières. Le bras gauche est inerte ainsi que la jambe; ces membres ont conservé leur sensibilité, car quand on les pince assez fortement pour faire sortir le malade de sa torpeur, il pousse une plainte et cherche, à éloigner, avec sa main droite, la cause de douleur. Pas de mouvements convulsifs ni de contracture. La tête et les yeux sont habituellement tournés vers la droite. Cependant le malade peut les tourner à gauche quand on le pince fortement de ce côté. Langue fortement déviée à gauche. La face et le bras paraissent sains à droite. Les pupilles sont égales, un peu dilatées. Langue saburrale, pas de vomissements, pas de diarrhée. Au cœur : souffle léger et doux à la pointe et au premier temps.

Soir. La torpeur est plus profonde. On ne peut tirer même une plainte du malade. Légère submatité à la base des deux poumons en arrière, râles bullaires fins en ce point. Le souffle cardiaque est beaucoup plus net. L'impulsion cardiaque est, comme ce matin, très-forte. Les bruits et le pouls sont réguliers. P. 120.

Les parents de l'enfant sont venus le voir et ont affirmé qu'il y avait quinze jours qu'il était malade. De plus il aurait eu, il y a deux ans, une attaque de rhumatisme articulaire aigu. Ce sont là tous les renseignements qu'ils ont donnés à la religieuse du service.

26 décembre. Persistance de cet état typhoïde qui était si marqué le jour de l'entrée qu'il faisait croire, de prime-abord, à une dothiéntérie dont les autres signes, du reste, ne se retrouvaient pas chez ce malade. L'état des membres et de la face est toujours le même. Mais on ne peut tirer même une plainte au malade. Le souffle cardiaque est très-intense, perceptible surtout un peu au-dessous et à gauche de la pointe. Les battements sont très-forts, réguliers et fréquents (169). Mort à 11 heures et demie.

AUTOPSIE faite le 27 décembre à 2 heures. *Cavité encéphalique.* Le liquide sous-arachnoïdien paraît en quantité normale. La dure-mère est saine. La pie-mère est un peu injectée.

Hémisphère gauche. Face externe : teinte hortensia avec ramollissement léger et un peu d'athérome aux méninges, au niveau des circonvolutions du lobe sphénoïdal et du lobe occipital. Rien sur les circonvolutions frontales et pariétales. Sur la face antérieure de la première circonvolution temporale et

à sa partie moyenne se voit un point de ramollissement rouge, bien marqué, de un centimètre carré d'étendue. Face interne, rien d'anormal. — Face inférieure. L'état rosé et un peu ramolli observé sur la face externe empiète un peu sur la partie postérieure du lobe occipital. En outre, sur la partie antérieure de la deuxième temporale, de la première temporo-occipitale et de la circonvolution de l'hippocampe se voit une surface à l'état de ramollissement rouge foncé. Cette surface s'arrête en arrière à une ligne presque régulièrement transversale qui raserait la face postérieure du pédoncule cérébral. Du reste, elle n'est que l'affleurement d'un foyer de ramollissement contenu dans le lobe temporo-sphénoïdal et qui, à la coupe, a l'aspect suivant : on en trouve l'extrémité postérieure sur la coupe qui passe à un centimètre en arrière du sillon perpendiculaire externe. Il est situé alors à un centimètre et demi au-dessous de la face inférieure du cerveau. Sur les coupes successives, on le voit atteindre le diamètre d'un petit œuf de poule. Il atteint alors en même temps que la surface des circonvolutions celle de la corne d'Ammon qu'il détruit dans sa partie inférieure tenant ainsi fermé le plancher de la corne sphénoïdale du ventricule latéral. Puis il diminue rapidement de hauteur de telle façon que, sur la coupe qui enlève la partie postérieure de la couche optique, il n'atteint plus la corne d'Ammon et ne se retrouve plus que sur la partie antérieure de la deuxième circonvolution temporale. Sur la coupe qui passe immédiatement en avant de la couche optique, l'avant mur prend une teinte rosée, plus loin la tête du noyau caudé offre ce même aspect sans paraître ramolli. Léger ramollissement et teinte hortensia des circonvolutions de l'intestin.

Hémisphère droit. Coloration rosée, état mou et légère adhérence aux méninges des circonvolutions suivantes : troisième frontale, partie inférieure de la frontale ascendante, partie inférieure de la pariétale ascendante sur sa face postérieure (sur ces deux circonvolutions, l'altération ne remonte pas à plus de deux centimètres); lobule pariétal inférieur, parties supérieures de la première temporale, lobule de l'insula, teinte hortensia sans ramollissement sur les autres circonvolutions temporales et sur celles de la face inférieure du lobe frontal. Rien sur la face interne.

A la coupe, le ramollissement paraît très-superficiel sur les circonvolutions qui en sont atteintes. Leur substance grise présente la couleur hortensia. Sur la coupe qui rase la partie antérieure de la couche optique se voit un petit point de ramollissement rouge, situé sur la face externe du noyau caudé. Sur une coupe faite à quelques millimètres en arrière de ce

point, ce foyer de ramollissement s'est étendu et allongé en dehors de telle façon qu'il atteint le noyau extraventriculaire sur la partie supérieure duquel il empiète un peu. Très-peu étendu verticalement, il coupe transversalement la capsule interne. D'avant en arrière, il ne mesure pas plus de cinq à sept millimètres. Rien à noter sur les autres coupes. *Cervelet et protubérance*. Rien d'anormal.

Cavité thoracique. La plèvre est saine, les deux poumons sont très-congestionnés surtout dans les lobes inférieurs.

Cœur. Péricarde sain. Le tissu musculaire du cœur paraît sain aussi. Quant aux valvules, les pulmonaires et les aortiques paraissent suffisantes. Il en est de même de l'auriculo-ventriculaire droite. Mais la mitrale est insuffisante et à l'ouverture du cœur on constate que tandis que l'endocarde est sain partout ailleurs, il offre sur cette valvule des altérations marquées. D'abord on y voit sur la face auriculaire de ses valvules de petits vaisseaux très-évidents. En outre, sur la valve antérieure se voit une végétation, irrégulière à sa surface, de la grosseur d'une petite noisette, très-friable. Trois cordages qui s'inséraient à son niveau sur le bord de la valvule sont rompus. Ils présentent à leur extrémité un peu de gonflement et d'irrégularité. La végétation paraissait être fixée primitivement en partie sur eux, en partie sur la valvule. Ce qui reste de cette végétation contient une sorte de bouillie brunâtre en petite quantité cependant.

Aorte thoracique saine, ainsi que les gros vaisseaux qui en partent.

Cavité abdominale. Estomac plein de bile de couleur vert-foncé. La muqueuse présente dans le grand cul-de-sac un piqueté rougeâtre, et au niveau du pylore de nombreuses petites taches d'apparence purpurine. *Intestin* grêle sain. Foie sain. *Rein gauche*. infarctus récents : un assez volumineux à la partie supérieure, deux plus petits à la partie inférieure. *Rein droit* très-fortement congestionné et parsemé d'infarctus. — *Vessie* fortement injectée. — *Rate* saine.

Membre inférieur droit. L'articulation du genou est pleine d'un liquide jaunâtre dans lequel flottent quantité de flocons fibrineux. La synoviale est fortement injectée, mais elle ne présente pas d'ulcération, pas d'orifice anormal. Immédiatement au-dessous des culs-de-sac sous-tricipitaux, lesquels semblent refoulés vers le bas, on trouve entre le périoste et l'os un foyer purulent qui remonte jusqu'un peu au-dessus de la partie moyenne du fémur. Immédiatement au-dessous de cette limite le périoste se détache facilement et l'os est rougeâtre.

Au niveau de sa partie moyenne, cette collection com-

muniqué avec un autre foyer situé en arrière du fémur. Ce nouveau foyer s'arrête en bas à l'espace intercondylien, en haut au milieu du fémur. Il ne communique pas plus que l'autre avec l'articulation du genou. Il est limité en dehors par l'insertion du vaste externe. En dedans, les insertions de l'adducteur sont décollées en un point qui permet la communication des deux collections purulentes.

L'articulation coxo-fémorale est saine. Il résulte de cela qu'en bas le fémur est complètement dénudé. Il est rugueux, les petits sillons y sont plus marqués que d'habitude. Dans son quart supérieur, le périoste qui, immédiatement au-dessus des foyers, est encore facilement séparable, recouvre son adhérence normale avec l'os.

Sur des coupes verticales on remarque que la moelle cesse, à partir du cartilage épiphysaire, est infiltrée de pus jaune-verdâtre irrégulièrement distribué, non collectionné, mais facilement entraîné par un filet d'eau. L'infiltration purulente qui est à son maximum un peu au-dessus du cartilage épiphysaire va en s'amoindrissant à mesure que l'on remonte pour s'éteindre sur le quart supérieur du fémur où la moelle reprend ses caractères normaux. Le tibia paraît sain. L'articulation tibio-tarsienne est saine ainsi que le genou gauche.

REMARQUES. — Ainsi, dans ce cas, la durée de la maladie, la coïncidence d'une affection cardiaque, avec complication d'embolie, les antécédents pouvaient légitimement faire penser à une arthrite rhumatismale. Cependant, il faut remarquer entre autres faits, que le genou présentait un volume très-considérable. D'autre part, nous notons ici, comme cela est la règle du reste, l'absence de l'hémiplégie droite avec des lésions étendues et profondes du lobe postérieur gauche.

26. Fracture compliquée transversale multiple de la rotule.

— Arthrite purulente, mort ; par LACROIX, interne.

Au n° 3 de la salle Saint-Michel (infirmerie de la Salpêtrière, service de M. PÉRIER) est entrée, le 14 décembre, une femme âgée de 91 ans, atteinte de fracture de la rotule. Il est difficile d'avoir de sa part des renseignements sur la nature de son accident, car à une surdité assez complète pour résister à l'interrogatoire par le cornet acoustique elle joint les signes d'une démence assez accusée.

Elle provient de Sainte-Anne où elle a été admise pour son aliénation ; de là, elle a été dirigée sur la Salpêtrière de la division de Rambuteau. — Ce serait dans le premier établissement, d'après ce qu'elle a fait comprendre qu'elle se serait

cassé le genou ; les certificats cependant n'en portent pas trace.

Elle dit être tombée, en glissant sur le genou gauche, qu'il s'est produit dès le début un enfoncement très-marqué sur ce genou, qu'elle a eu beaucoup de difficultés à se traîner, mais qu'elle a continué à marcher cependant ; que, du reste, elle n'a pas reçu de soins pour cette chute, qui a passé presque inaperçue.

De Rambuteau elle passe à l'infirmerie, le 14 décembre.

13 décembre. — *Genou gauche* très-gonflé, rouge, chaud à la palpation et qui est légèrement douloureux ; on note de la fluctuation au centre de la région. — En dehors il existe une petite plaie de la dimension d'une pièce de 20 cent. En déprimant la peau on sent que la rotule est divisée en 3 fragments : un supérieur, plus volumineux, rattaché au tendon du triceps, mobile, et présentant un bord inférieur rugueux, saillant sous la peau — un inférieur rattaché au ligament rotulien, plus petit, peu mobile — enfin on sent au dehors un autre fragment plus petit que les premiers faisant saillie sous la peau qu'il a perforée par pression, sans faire issue au dehors. Cette esquille est recouverte d'une couche pultacée, mais le pourtour de la perforation est ulcéré, et il est à craindre une ouverture de la cavité articulaire.

Les mouvements communiqués sont douloureux, mais supportables, les mouvements spontanés ne sont pas totalement abolis : elle fait glisser sa jambe sur le lit, quand elle est dans la flexion. En somme : rougeur, tuméfaction, chaleur de la région, sans empatement, douleur modérée, épanchement articulaire assez abondant, permettant cependant de reconnaître les fragments rotuliens. — Rien au genou droit. — Mauvais état général, elle est profondément affaiblie, gâteuse ; mais pas de phénomènes réactionnels. — Membre dans l'extension dans une gouttière métallique, le pied élevé.

16. Délire toute la nuit, agitation, a arraché ses liens et repoussé sa gouttière. — Plaie dans le même état ; pas d'écoulement à sa surface. — Gouttière de Bonnet et camisole de force ; cataplasmes permanents avec huile phéniquée.

17. Plus de calme. Etat local semblable.

20. On sent plus nettement le fragment perforant, mais point d'écoulement de synovie, ni de sang. Tuméfaction plus notable. — Etat général aggravé, adynamie très-accusée, la gouttière est maculée continuellement par les évacuations incoercibles. Pas de frissons. Pouls peu accéléré.

21. Gouttière plâtrée remplaçant la gouttière de Bonnet. — Même état local. — Affaiblissement progressif. — Prend peu de nourriture.

22. Elle s'éteint dans la journée sans signes généraux plus accusés, sans plaintes. — Elle n'a point eu de frissons.

AUTOPSIE. — Le genou est gonflé, la saillie des fragments disparaît sous cette tuméfaction; à la pression, on ne fait pas sortir de liquide purulent par la petite plaie cutanée. Incision demi-circulaire au-dessus du genou, comprenant toutes les parties molles, puis dissection jusqu'à la cavité articulaire qu'on entr'ouvre; il s'écoule alors une assez grande abondance de liquide purulent et sanguinolent, provenant de la cavité articulaire et de la bourse prérotulienne très-distendue, par la pression on le fait sourdre des bourses du poplité et du jumeau interne, communiquant avec la synoviale articulaire. A la surface du liquide nagent quelques grumeaux jaunâtres, ressemblant à de la graisse, le cul-de-sac supérieur de la bourse prérotulienne en est abondamment fourni (le microscope confirme la présence de globules graisseux). Ce liquide est recueilli dans un vase, sa quantité est de 200 grammes environ.

Les parties molles sont rabattues sur la partie supérieure de la jambe, et l'articulation s'offre alors à l'examen.

Rotule. La rotule est divisée en 3 fragments : Le *supérieur* est le plus volumineux, rattaché au tendon du triceps, il mesure 3 cent. $\frac{1}{2}$ de hauteur : il présente sur sa face articulaire, au niveau de la fossette inférieure et externe déterminée par l'entrecroisement des crêtes, une perte de substance de 4 centimètre environ, dirigée transversalement aux dépens du tissu osseux et du cartilage diarthrodial. — Le fragment *inférieur*, plus petit, a 2 cent. de hauteur, il est relié au tendon rotulien et à une partie de l'aponévrose fémorale qui se continue sur la jambe, et qui n'est déchirée qu'en partie en ce point : il a donc une mobilité limitée.

La distance qui sépare les fragments est difficile à évaluer vu l'inconstance de leurs rapports, mais on peut facilement placer deux doigts entre eux. — Il faut encore noter que leurs bords correspondants présentent une inclinaison légère en avant, qu'ils portent les traces d'un travail inflammatoire qui en modifie l'aspect primitif; ils sont très-injectés, mousses au doigt, au lieu d'être irréguliers, déchiquetés, comme dans une fracture récente.

En dehors et en bas, il existe un petit fragment mobile, voisin du fragment inférieur et semblant chevaucher sur lui, provenant certainement du fragment supérieur, qui porte la trace de cet éclatement; il est formé en grande partie de cartilage diarthrodial; il n'a qu'un centimètre d'étendue dans son plus grand diamètre.

Au-devant de la rotule, la bourse prérotulienne est énor-

mément distendue, c'est une large cavité avec de vastes culs-de-sac ; elle a du reste une longueur de 10 cent. $\frac{1}{2}$ pour une largeur de 12 c. La synoviale est très-épaissie et vivement injectée : elle offre par place une coloration rouge foncée, et présente deux ou trois solutions de continuité superficielles aux points où la pression s'est exercée violemment, c'est-à-dire sur la face antérieure de la rotule, aux deux feuilles opposées.

Cavité articulaire. Elle ne semble pas distendue. Les cartilages diarthroïdiaux des extrémités tibiale et fémorale présentent une teinte ecchymotique et des érosions superficielles. — Les ligaments sont intacts.

Téguments. — La plaie externe communique avec l'articulation au niveau du petit fragment externe de la fracture — la perforation est en bouton de chemise, ses deux extrémités élargies sont reliées par un petit conduit pouvant laisser passer un stylet, on l'introduit assez facilement de dedans en dehors, mais en raison des parties molles qui recouvrent la plaie extérieure, il est difficile de reconnaître si la communication existait complète entre la cavité articulaire et l'air extérieur.

Du côté droit. La bourse prérotulienne est un peu épaissie, mais elle n'est pas distendue.

Remarque. — Ce fait est uniquement intéressant par sa rareté : la mort est en effet exceptionnelle dans les cas de fracture de la rotule, dont la complication résulte seulement de la disposition des fragments. Il est probable qu'il y a eu fracture directe avec écrasement par chute sur le genou, que dans le choc le petit fragment articulaire, détaché de la portion principale de la rotule, et prenant point d'appui sur le rebord du fragment inférieur a successivement perforé les parties molles jusqu'à rupture de la peau. La synovite de la bourse prérotulienne aura été produite par le même agent, et aura emprunté son caractère spécial de gravité à la communication intra-articulaire de l'air, s'infiltrant à travers la fissure ainsi déterminée.

M. HOUZEL pense qu'il y a eu un arrachement de l'extrémité antérieure de la rotule qui a mis l'articulation en communication avec la bourse prérotulienne, et a perforé la peau. Il y a eu alors inflammation de la bourse prérotulienne, puis de l'articulation.

**27. Fracture sous-trochantérienne du fémur (cas chirurgical).
Pas de consolidation; par J.-B. GAUCON, interne des hôpitaux.**

La nommée L... de la H..., née à Gacé (Orne), âgée de 76 ans, est entrée le 22 octobre 1877, à l'Hôtel-Dieu, salle Notre-Dame, n° 10. (Service de M. RICHET.)

Tombée sur le côté droit, après avoir trébuché, elle n'a pu se relever et a été transportée à l'hôpital. Le membre inférieur est dans l'abduction et la rotation en dehors. La malade ne peut d'aucune façon le soulever au-dessus de son lit. Les mouvements provoqués en tenant la jambe sont douloureux, surtout la flexion et la rotation en dedans. On constate une saillie considérable de la région trochantérienne et sous-trochantérienne qui proémine en dehors et aussi un peu en avant. Il n'y a pas trace d'ecchymose. Le grand trochanter est aplati et paraît plus grand que celui du côté opposé, mais à un faible degré. Le talon étant tenu de la main droite, la main gauche appliquée au-dessous du grand trochanter, ne perçoit pas de crépitations, mais seulement un peu de mobilité anormale.

Le diagnostic porté par M. Blum, suppléant M. Richet, fut fracture sous-trochantérienne du fémur, mais il ne se décida pas encore sur la question de savoir si on avait affaire à une fracture ordinaire ou bien à une fracture spontanée au milieu d'un ostéo-sarcome pré-existant.

Traitement : Application d'un coussin angulaire sous le genou fléchi à angle droit. Quelques jours après, le diagnostic de fracture traumatique devient définitif. Ont été ensuite successivement appliqués : 1° l'appareil américain à extension continue, obtenue non au moyen de bandelettes de diachylon en auge prenant toute la longueur du membre inférieur, mais seulement avec un collier de ouate, bande et bandelette appliquées au niveau du cou-de-pied ; 2° peu avant le retour dans son service (3 novembre) de M. Richet qui maintint le traitement, la gouttière Bonnet, l'attelle externe du premier appareil ayant produit du sphacèle localisé au niveau de la partie externe du genou.

11 novembre. Parotidite suppurée à droite : le pus s'écoule par le canal de Sténon. Incision à l'extérieur. Parotidite simple à gauche. Dans le courant du mois, il ne se manifeste du côté de la fracture aucune tendance à la consolidation.

1^{er} décembre. Langue sèche, la température s'élève : bronchio-pneumonie.

15 décembre. Mort à 6 heures du soir.

AUTOPSIE. En dehors de la pneumonie sénile, rien de remarquable dans les viscères du tronc. Ainsi que le représente la

figure schématique ci-contre, la fracture siégeant dans le tiers supérieur de la diaphyse, peut être dite *sous-trochantérienne*. Mais comme ce siège est exactement l'extrémité supérieure de ce tiers, ou le niveau de la base même du petit trochanter, ne pourrait-on pas l'appeler *fracture du col chirurgical*, pour précision plus exacte ? Quoi qu'il en soit, les fragments sont terminés par de grandes dentelures, dont les deux principales siègent sur le fragment inférieur de chaque côté de la ligne âpre. Sur la face antérieure, entre les deux lignes trochantériennes, une esquille relativement mobile de 2 cent. de long sur 1 cent. de large, a pénétré dans l'épaisseur du fragment supérieur.

BIBLIOGRAPHIE. — Cette présentation devant faire l'objet d'un rapport, nous nous abstenons de toute réflexion, nous bornant à indiquer les auteurs suivants : 1° *Berliner klinische Wochenschrift*, 1865, n° 5, p. 45 (Obs. de Fischer et Hirschfeld); 2° *Traité de chirurgie* de Holmes, vol. II, 1870, p. 858; 3° Thèse de Jean K. Guistel, 1872 (Sous l'inspiration de M. Alph. Guérin); 4° *Traité de fracture du fémur* de Hennequin (1877) qui, sans oublier celui de Malgaigne, est le plus complet qui ait paru jusqu'à présent sur les fractures sous-trochantériennes.

Le Secrétaire,

PITRES.

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE

TOME DEUXIÈME DE LA QUATRIÈME SÉRIE

(LII^e ANNÉE)

(1877)

A

- Abdominal (V. tumeur).
Abcès (V. cerveau, cervelet, foie, rein).
— du ligament large, 402.
— froid du thorax, 411.
— métastatiques localisés aux articulations, 467.
— péri-œsophagien dans un rétrécissement de l'œsophage, 234.
— encéphaliques, 484, 512.
— du sinus frontal, 512.
Adéno-fibrome de la parotide, 35.
Adipose du tissu conjonctif sous-cutané dans l'atrophie musculaire, 527.
Alcoolisme chronique, 484.
Allocution de M. Charcot, 23.
Anencéphale (fœtus), 114.
Amputation congénitale, 613.
Amblyopie sympathique, 160.
Anévrysmes de la crosse de l'aorte, 286, 437, 595.
— de l'aorte thoracique, 286.
— de l'aorte abdominale, 374.
Anévrysme (dilatation), ouverte dans la bronche, 450.
Angine couenneuse chez un nouveau-né, 348.
Angiocholite suppurée, 532.
Ankylose dans une coxalgie, 227.
Anomalie (V. ophthalmique).
Anthraxose pulmonaire, 550.
— des séreuses, 401.
Anurie (V. Cancer, utérus).
Anus (Disposition des veines de l'), 168.
— contre nature (V. myxome, inguinal).
Ano-rectal (syphilome), 356.
Aorte (V. Anévrysme).
— (Rupture spontanée de l'), 446.
— (Ulcération de l'), 317.
— (Dilatation de l'), 113.
Aortique (Rétrécissement et insuffisance), 75.
— (Végétations des valvules), 623.
Aphasie (V. cœur).
— (V. cerveau).
Aponévrose palmaire (Rétraction de l'), 275, 124.
Apophyse mastoïde (Carie de l'), 414.
Arrêts de développement, 613.
Arachnoïde (Pssammome de l'), 336.
Artères (Contusion des), 461.
— (Plaies des), 290, 461.
— pulmonaire (Végétations de l'), 378.
— pulmonaire (Rétrécissement de l'), 472.

Artère vertébrale (Ulcération dans un mal de Pott, 504.
 — (V. ophthalmique, poplitée).
 Arthrite sèche du coude, 142.
 — suppurée du genou, 242.
 Arthropathie ataxique, 39.
 Ataxie (V. arthropathie).
 Atrophie (V. cerveau, cervelet, adipeuse).
 Athérome de la sous-clavière, 319.
 — généralisé, 75.

B

Bassin (Fractures expérimentales du), 430.
 — oblique ovalaire, 227 (V. coxalgie).
 Bassinet (Calcul du), 90, 311.
 Biliaire (Fistule) cystico-hépatique, 20.
 Biskra (V. Bouton).
 Bosses occipitales, 205.
 Bouton de Biskra, 574.
 Bright (Maladie de), 194.
 Bronche (Anévrysme ouvert dans une), 452.
 — (Kyste hydatique ouvert dans une), 361.
 Broncho-pneumonie chronique, 550.

C

Calcanéum (Nécrose du), 55.
 Calculs biliaires, 478.
 — du bassin, 90, 311.
 Cancroïde sur une plaque de psoriasis, 549.
 Cancer (V. capsule surrénale, colonne vertébrale, estomac, foie, intestin, ganglions médiastinaux et prévertébraux, œsophage, ovaire, poumon, sein, utérus).
 — (Coexistence du), avec le tubercule et l'amphysème, 471.
 Carcinome colloïde de l'intestin grêle, 473.
 — kystique du sein, 85.
 Carcinose généralisée, 423.
 Caséuse (pneumonie), 236, 284, 351, 372, 437, 476.

Catarrhe vésical avec néphrite, 99.
 Carie de l'apophyse mastoïde, 414.
 — du rocher, 414.
 — du sacrum, 407.
 Cerveau (Absès du), 512, 484.
 — (Atrophies du), 158, 328.
 — (Atrophie croisée du) et du cervelet, 270, 609.
 — encéphalite dans la syphilis, 264.
 — foyers ocreux dans la région de l'avant-mur, 327.
 — d'un amputé, 328, 586.
 — (Gliome du) 573.
 — dans une malformation de la jambe, 330.
 — lésion de l'écorce, extension au centre ovale, 602.
 — lésion dans l'épilepsie, 554, 612.
 — lésion de l'insula de Reil, intégrité de la 3^e frontale, aphasie, 459.
 — hémianesthésie temporaire de cause cérébrale, 267.
 — hémorragie cérébrale avec inondation ventriculaire, 386, 527.
 — (Ramollissement du), 45, 146, 279, 282, 350, 358, 340, 541.
 — (Tumeur de la base du) kystique, 109.
 — (Tumeur du), 358.
 Cervelet (Atrophie croisée du) et du cerveau, 252.
 — (Absès du), consécutif à une otite, 43.
 — (Tumeur du), 109.
 — (Tubercules du et de la protubérance), 252.
 Chéloïde de la région inguinale, 143.
 Cholédoque (canal), 478.
 Cirrhose hypertrophique, 151.
 — atrophique, 166.
 Coccygienne (Tumeur de la région), 251.
 Cœur (Embolie du), 407.
 — Concrétion sanguine de l'oreille, 407.
 — Communication congénitale des ventricules, 445.
 — à un seul ventricule, 441.
 — (Hypertrophie du), dans la néphrite, 367.

Cœur (Contusion du), 382.
 — Symphyse cardiaque, 425.
 Colique hépatique, 409, 532.
 Côlon transverse (Rétrécissement du), 519.
 Colonne vertébrale (cancer de la), 11, 365.
 — (Fracture de la), 535.
 Concrétion sanguine de l'oreillette, 407.
 Congénitale (amputation), 613.
 — (Cyanose), 441.
 — (Hydrocéphalie), 340.
 — (Communication des ventricules), 445.
 Contusion des artères, 461.
 — d'une hernie inguino-pubienne, 195.
 — du cœur, 332.
 Coude (Arthrite sèche du), 142.
 — (Luxation du), 142.
 — (Tumeur blanche du), 426.
 Corps strié (Tumeurs symétriques des), 358.
 Coxalgie ancienne, 227.
 Coupe du crâne (procédé de), 206.
 Crâne (Coupe du), procédé de, 206.
 — (Développement du), comparé à celui du cerveau, 478.
 — (Déformation oblique ovulaire du), 605.
 — (Exostose éburnée de la voûte du), 419.
 — (Fracture de la base du), 619.
 Croup, 348.
 Grosse artique (V. aorte, anévrysme).
 Crurale (Hernie étranglée), 219.
 Cuisse (Lipome crétifié de la), 34.
 Cyanose congénitale, 441.
 Cystico-hépatique (fistule), 20.
 Cystite chronique, 291, 535.
 Cysto-sarcome du sein, 428.

D

Déformation du bassin et du fémur dans une coxalgie, 227.
 Développement (arrêts de), 21, 613.
 — comparé du cerveau et du crâne, 478.

Diabète, 488, 496.
 Diathèse rhumatismale (son influence sur l'infection purulente), 467.
 Diaphragmatique (Hernie), 576.
 Dilatation aortique, 113.
 Diphthérie dans le cours d'une pneumonie caséuse, 351.
 Diphtéroïde (concrétion) de l'estomac, 191.
 Doigts (Arrêt de développement des), 21.
 Dos (Epithélioma du), 633.
 Dure-mère (Hématome de la), 325.
 — (Tumeur osseuse de la), 419.
 Dysentérie, 390, 639.

E

Eclampsie, 336, 638.
 Ecrasement de la jambe, 184.
 Eloge du professeur Béhier, 24.
 — de M. Parmentier, 31.
 Elections, 22, 74, 356, 444, 472, 543, 594, 605, 631, 639.
 Embolie du cœur droit, 407.
 — de la radiale, 626.
 Emphysème (Coexistence de l'), du tubercule et du cancer, 471.
 — généralisé, 196.
 Encéphale (Tubercule de l'), 79.
 Enchondrome de la glande sous-maxillaire, 57.
 Endocardite végétante, 215, 275, 246, 623, 626.
 Entorse, 113.
 Epaule (luxation de l'), 417.
 Epididyme (Hydrocèle enkystée de l'), 370.
 Epilepsie (lésions du cerveau dans l'), 557, 612.
 Epithélioma de la langue, 130.
 — de la nuque, 633.
 Erysipèle, 589.
 Estomac (Cancer latent de l'), 88, 365.
 — (Ulcère simple de l'), 321.
 — (Ulcérations de l'), 420.
 Etranglement herniaire simulé par une typhlite, 515. — (V. Hernie).
 Evolution spontanée, 338.
 Exostose éburnée de la voûte crânienne, 419.

Exostose épiphysaire du fémur, 474.
— séniles des vertèbres, 95.

F

Fémur (Déformation du) dans la
coxalgie, 227.
— (Exostose épiphysaire du), 474.
— (Fracture du col du), 566, 207.
— (Fracture sous-trochantérienne
du), 602.

Fibreux (Rétrécissement) de l'in-
testin, 86.

Fibrome (adéno-fibrome) de la pa-
rotide, 34.

— utérin, 302, 598.

Fistule biliaire, 20.

— de la paroi utérine, 574.

— ombilicale 88.

— vésico-vaginale, 544.

Fœtus anencéphale, 114.

— (lésions syphilitiques d'un), 439.

Foie (Absès du), 390, 534, 639.

— (Cancer du), 135, 212, 458, 490.

— (Cirrhose atrophique du), 166.

— (Hypertrophie du), 47, 119.

— (Hépatite interstitielle syphili-
tique, 191.

— (Kyste hydatique du), 151, 361,
615, 626.

— (Tubercule du), 541.

Forceps (lésions consécutives à l'ap-
plication du), 117.

Fracture de la colonne vertébrale,
535.

— du col du fémur, 566.

— du crâne, 619.

— du genou, lésions artérielles, 105.

— de jambe compliquée, 310.

— du radius, 382, 456.

— de rotule compliquée, 658.

— expérimentales du bassin, 430.

— spontanée de l'humérus, 423.

— sous-trochantérienne du fémur,
662.

G

Ganglions médiastinaux (Cancer
des), 490.

— prévertébraux (Cancer des), 490.

Ganglion (Rétro-pubien), 306.
Genou (Arthrite suppurée du), 242
V. ostéite).

— (Fracture du), oblitération arté-
rielle, 105.

— (Lipome arborescent du), 129.

— (Luxation du) chez un ataxique,
39.

Glandes aréolaires du sein, 459.

— sous-maxillaire (enchondrome de
la), 57.

— thyroïde (Kyste de la), 554.

Gliome, 573.

Granulie (Fièvre typhoïde dans la
cours d'une), 60.

— (Perforation d'une cavernule, em-
physème dans la), 196.

Grossesse extra-utérine dans une
hématocele rétro-utérine, 255.

H

Hématocèle rétro-utérine, 255.

Hématome de la dure-mère, 326.

Hémianesthésie temporaire de cause
cérébrale, 267.

Hémimélie (Cas d'), 144.

Hémorragie cérébrale, 115, 386.

— intra-musculaire du psoas, 478.

— viscérale dans l'éclampsie, 336.

638.

Hernie crurale étranglée, 219.

— diaphragmatique, 576.

— inguinale étranglée, 148.

— inguino-pubienne, perforation,
195.

— ombilicale suivie de typhlite, 515.

Humérus (Fracture spontanée de l'),
423.

Hydrocèle enkystée de l'épididyme,
370.

Hydrocéphalie congénitale, 340.

Hydronéphrose, 360.

I

Ictère chronique, 615.

Infarctus pulmonaire, 102.

— rénal, 626.

— splénique, 420, 626.

Infection purulente, 467.

Infiltration d'urine, 210.
 Influence de la diathèse rhumatis-
 male sur la localisation de l'infec-
 tion purulente, 467.
 Inguinale (Chéloïde de la région), 143.
 — (Myxome de la région), 244.
 Insuffisance et rétrécissement mi-
 tral, 64.
 — et rétrécissement tricuspidé, 64.
 Intestin (Carcinome de l'), 473.
 — grêle (Varices artérielles de l'),
 238.
 — (Perforation de l'), 148
 — (Occlusion de l'), 508.
 — (Rétrécissement de l'), 86, 519.

J

Jambe (Ecrasement de la), 184.
 — (Fracture compliquée de la),
 310.
 — (Kyste sébacé de la), 119.
 — (Nécrose des os de la) dans une
 fracture compliquée, 310.
 — (Sarcome de la), 583.

K

Kyste (V. corps thyroïde).
 Kyste hydatique (V. foie, poumon,
 rate).
 Kystique (Carcinome) du sein, 85.
 — (Tumeur) de la base du cerveau,
 109.
 — rein, 538, 565, 570.

L

Langue (Epithélioma de la), 130.
 Laryngite érysipélateuse, 589.
 Larynx (Fracture du), 190.
 Leucocythémie splénique, 119.
 Lipome arborescent du genou, 129.
 — crétié de la cuisse, 34.
 Luxation ancienne de l'épaule, 417.
 — du coude, arthrite, sèche, 142.
 — du genou chez un ataxique, 39.
 Lymphadénome 83.
 — du testicule, 176.
 Lymphangite gangréneuse, 55.
 — utérine, 448.

M

Mal de Pott, 411, 504, 541, 589.
 Maladie bronquée, 541.
 — de Bright, 194.
 Maxillaires (Nécrose phosphorées des),
 569.
 Méningite de la base, abcès du cer-
 velet, 43.
 — tuberculeuse, 277, 414, 598.
 — suppurée, 41.
 Mitral (Rétrécissement), 50.
 — (Rétrécissement et insuffisance),
 64.
 Moelle (Section de la), dans une
 fracture de la colonne vertébrale,
 535.
 — (Sarcome de la), 634.
 — (Asymétrie de la), 609.
 Monoplégie brachiale, 350.
 Moteur oculaire commun (Paralysie
 alterne du), 239.
 Myome utérin, 302, 574.
 Myxome de la région inguinale, 244.
 Myxo-sarcome, 543.

N

Nécrose du calcanéum, 55.
 — des os de la jambe, 310.
 — phosphorée, 569.
 Néphrite consécutive, 99, 210. (V.
 catarrhe, urèthre).
 — interstitielle, 162, 262, 323, 342,
 354.
 — (Trois cas de), avec hypertro-
 phie du cœur, 367.
 — parenchymateuse, 270.
 Névrome amyélinique sous-cutané,
 548.
 Nuque (Epithélioma de la), 633.

O

Occipitales (Bosses), 205.
 Occlusion intestinale, 508.
 Œil (Corps étranger de l'), 631.
 Œsophage (Cancer de l'), 52, 490,
 488, 524.
 — (Corps étranger de l'), 317.
 — (Epithélioma de l'), 333.

Oesophage (rétrécissement de l'), 130, 234, 333.
 Omphalique (Fistule), 88.
 — (Hernie) suivie de typhlite, 515.
 Ophthalmique (artère), anomalie de l'), 101.
 Ostéite épiphysaire, 242.
 Ostéome du tibia, 581.
 Otite chronique, 43.
 — externe, 414.
 Ovsires (Cancer des), 68.
 — (Cancer primitif de l'), 13.

P

Pachyméningite, 325, 539.
 Papillome de la vessie, 371.
 Paralysie alterne du moteur oculaire commun, 239.
 Pariétal (Anomalie de développement d'un), 605.
 Parotide (Adéno-fibrome de la), 35.
 Pelvi-péritonite, 402, 133.
 Perforation intestinale, suite d'étranglement, 195, 148.
 — de la trachée, 319.
 — traumatique de l'S iliaque, 94.
 Péricarde (Rupture de l'aorte dans le), 446.
 Péricardite latente, 305.
 — tuberculeuse, 79.
 Périhépatite chronique, 297.
 Périostose syphilitique du tibia, 191.
 Périnéphrite (suite de catarrhe vésical), 99.
 Péritoine (Cancer consécutif du), 68.
 — (Tuberculose du), 297.
 Péritonite aiguë, 574, 576.
 — subaiguë, 94.
 — pelvienne dans un cas de hernie étranglée, 148.
 Phlegmatia alba dolens dans la fièvre typhoïde, 70, 506.
 Phlegmon péri-utérin, 306.
 Pharynx (Erysipèle du), 589.
 Phosphorée (Nécrose), 569.
 Phthisie aiguë, 186.
 — rapide, 340.
 — urinaire, 562.
 Pieds-bots varus, 21.

Pièces anatomiques (Conservation des), 293.
 Plaies contuses des artères, 461.
 — de poitrine par armes à feu, 288.
 — artérielles par écrasement, 290.
 Plèvre (Communication de la), avec l'oesophage, 52.
 — (Cancer de la), 68.
 — (Kyste hydatique ouvert dans la), 361.
 Pneumonie caséuse, 236, 284, 351, 372, 437, 476.
 — chez un alcoolique, 452.
 — chronique, 484.
 Poitrine (V. Plaie).
 Porte (Anastomoses du système), 168.
 Poplitée (Rupture de l'artère), 105.
 — (V. myxo-sarcome).
 Poumon (infarctus calcifié du), 102.
 — (Cancer secondaire du), 490.
 — (V. Tuberculose, anthracose).
 Protubérance (Tubercules de la), 252.
 Psammome de l'arachnoïde, 386.
 Psoriasis (V. Cancroïde).
 Pyélo-néphrite, 371.

R

Radius (Fracture du), 382, 456.
 Ramollissement cérébral, 45, 146, 272, 279, 282, 350, 360, 541. (V. Cerveau).
 Rapports sur les candidatures de MM.
 De Beurman, 160;
 De Boyer, 178.
 Dave, 181.
 Lebec, 139.
 Letulle, 176.
 Rate (Infarctus de la), 6.
 — (Kyste hydatique de la), 159.
 Rectal (Syphilome ano-rectal), 356.
 Rectum (Disposition des veines du), 158.
 — (Rétrécissement du), 402, 519.
 Rein (Absence congénitale d'un), 323.
 — (Absès des), 488.
 — (Cancer du), 212.
 — Gros rein blanc, 354.
 — (Congestion des), 117.

- Rein (Hémorrhagie du), 438.
 — (Infarctus du), 420, 626.
 — (Kyste hydatique du), 533, 565, 570.
 — (Petit rein jaune), 370.
 — (Tubercules des), 541, 598.
 Rétraction de l'aponévrose palmaire, 124.
 Rétrécissement (V. cœur, colon, intestin, œsophage, rectum, urèthre).
 Rétro-utérine (Hématocèle), 295.
 Rocher (Absès du), 41.
 — (Carie du), 414.
 Rotule (Fracture de), 658.
 Rupture spontanée de l'aorte, 446.

S

- Sacrum (Carie du), embolie, 407.
 Sarcome (Cysto-) du sein, 428.
 — de la jambe, 523.
 — de la moelle, 634.
 — (Myxo-), du creux poplité, 543.
 Sein (Carcinome kystique du), 85.
 — (Cancer du), chez l'homme, 135.
 — (Cysto-sarcome du), 428.
 — (Glandes aréolaires du), 459.
 — (Tumeur du), 102.
 Séreuses (Anthraxis des), 401.
 Sillons cutanés, 21.
 Sinus frontal (Absès du), 512.
 Sous-maxillaire (Enchondrome primitif de la glande), 57.
 Sous-clavière (Occlusion de l'artère), 319.
 — (Petit anévrisme de la), 623.
 Spina bifida, 401.
 S iliaque (dilatation de l'), 493.
 — (Perforation traumatique de l'), 94.
 Sugillations ecchymotiques après une application de forceps, 117.
 Surrénale (Cancer de la capsule), 135.
 Symphyse cardiaque, 225.
 Syphilis (encéphalite dans une syphilis grave, 264.
 — lésions syphilitiques d'un fœtus, 439.
 — osseuse et viscérale, 286.
 — tertiaire, 191.
 Syphilome ano-rectal, 386.

- Système porte (Anastomoses du), 168.

T

- Testicule (Lymphadénome du), 176.
 Thorax (Absès froids du), 411.
 Thyroïde (Kyste du corps), 554.
 Tibia (Ostéome du), 561.
 Tissu conjonctif (Adipose du), dans l'atrophie musculaire, 227.
 Trachée (Communication de la avec l'œsophage, 333.
 — (Perforation de la), 319.
 Trachéotomie (V. anévrisme, aorte).
 Tricuspidé (Rétrécissement et insuffisance), 64.
 Tumeur abdominale, 59.
 — blanche du coude, 426.
 — congénitale de la région coccygienne, 251.
 — du sein, 102.
 — du cervelet, 109.
 — de la jambe (V. sarcome), 563.
 — kystique de la base du cerveau, 109.
 — osseuse de la dure-mère, 419.
 — sarcomateuse de la moelle, 651.
 — symétriques des corps striés, 358.
 Tubercules du cerveau, 79.
 — du cervelet, 252.
 — de la protubérance, 232.
 — du péricarde, 79.
 — (Coexistence du), avec le cancer et l'emphysème, 471.
 Tuberculose génito-urinaire, 297.
 — 314, 315.
 — génitale, 501.
 — péritonéale, 297.
 — méningée, 599.
 — miliaire aiguë, 79.
 — miliaire aiguë chez un diabétique, 496.
 — pulmonaire et rénale, 596.
 — pulmonaire, hépatique et rénale, 541.
 — pulmonaire dans un cancer de l'œsophage, 130, 490.
 — pulmonaire dans une leucocytémie splénique, 119.

- Tuberculose pulmonaire dans un cancer de l'estomac, 488.
 — pulmonaire chez un diabétique, 488.
 — pulmonaire chez un alcoolique, 484.
 — pulmonaire, péritonéale et génito-urinaire, 297.
 — pulmonaire et génito-urinaire, 315.
 — urinaire, 599.
 Typhlitis consécutive à une hernie ombilicale, 515.
 Typhoïde (Fièvre) dans le cours d'une granulie, 50.
 — (Phlegmatia alba dolens dans la), 70, 506.
 — (Endocardite végétante dans la), 240.

U

- Ulcère simple de l'estomac, 321.
 Ulcérations stomacales, 420.
 Urémie, 323, 342, 582.
 Uretere (Absence congénitale d'un), 323.
 Uretere (Dilatation de l'), 371.
 Urèthre (Rétrécissement traumatique de l'), 210.
 Urine (Infiltration d'), 210.
 Urinaire (Phthisie), 583.
 Uterus bicorné, 186.
 — (Cancer de l'), 588.
 — (Fibrome de l'), 598.
 — (Fibre-myome de l'), 302.
 — (Myome de l'), 574.
 — (Lymphangite de l'), 448.

V

- Varices artérielles de l'intestin grêle, 238.
 Veines (V. rectum).
 Veine cave inférieure (Oblitération de la) sans œdème, 148.
 — iliaques (Oblitération des) sans œdème, 148.
 Vertèbres (Exostoses des), 95.
 Vésical (Catarrhe), avec néphrite, 99.
 Vésico-vaginale (Fistule), 544.
 Vessie bilobée, 210.
 — (Papillome de la), 371.

TABLE

DES PRÉSENTATEURS DE PIÈCES OU OBSERVATIONS

MENTIONNÉES DANS CE VOLUME

A

Audouard. — 288, 554.

B

Balzer. — 151, 215, 374, 402.
 Barié. — 574.
 Baroncft. — 162.
 Barth. — 75, 119.
 Barthélemy. — 264.
 Bellouard. — 114.
 Berdinel. — 262, 588.
 Berger. — 129, 204, 224, 225, 461.
 Béringier. — 86, 534.
 Boncour. — 378, 613.
 Boudet (de Paris). — 293.
 Bouilly. — 74.
 Boursier. — 113, 535.
 Bousquet. — 317, 512.
 Boussi. — 68, 191, 574, 576.
 Bouveret. — 52, 426.
 Boyer (de). — 115, 129, 238, 270,
 305, 328, 360, 367, 386, 450, 594,
 609, 612, 639.
 Brissaud. — 365.
 Bruchet. — 544.
 Brun. — 102, 119, 184, 365.
 Bulteau. — 133, 282, 284, 382, 594,
 595, 634.
 Butruille. — 225, 566.

C

Capitan. — 467, 633.
 Caraff. — 325.

Carrié. — 626.
 Cartaz. — 549.
 Castex. — 34, 83, 85.
 Chabrun. — 20.
 Cambard. — 13.
 Champetier de Ribes. — 135, 562.
 Charcot. — 23, 128, 129, 191, 270,
 274, 476, 597, 619.
 Chenet. — 41, 79, 336, 409, 411.
 Chuquet. — 59, 105, 290, 348, 472,
 569, 580, 583.
 Clérault. — 356.
 Colson. — 50.
 Cottin. — 638.
 Cuffer. — 478.

D

Darolles. — 444.
 Daves. — 143.
 Decaudin. — 342.
 Decaisne. — 445.
 Defontaine. — 437.
 Delmas. — 631.
 Després. — 31, 128, 129, 224, 548.
 Dreyfous. — 306, 390, 541, 552.
 Dreyfus-Brissac. — 158.
 Dubard. — 291.
 Du Castel. — 22.
 Dupleix. — 493.
 Duret. — 168, 472, 543.

F

Faisans. — 212, 277.
 Féré. — 95, 142, 186, 205, 206, 227,
 244, 430, 474, 478, 501, 605.

Féréol. — 196.

G

Gaillard. — 370, 371.
 Galland. — 11.
 Gollopain. — 557, 598.
 Garsaux. — 472.
 Gauché. — 99, 589, 639, 662.
 Gendron. — 109.
 Götz. — 444.
 Graux. — 196.
 Gruchet. — 166.

H

Hayem. — 597.
 Hanot. — 506.
 Homolle. — 297.
 Houel. — 128, 129, 204, 401, 570,
 597, 661.

J

Jalaguier. — 35.
 Jasiewicz. — 626.
 Jean. — 144, 286.
 Josias. — 323.

L

Landouzy. — 146, 160, 274, 330, 527,
 599.
 Langlebert. — 47.
 Lataste. — 565.
 Laurent. — 360, 423.
 Lebec. — 21, 55, 210, 419.
 Legendre. — 515, 658.
 Léger. — 444.
 Lépine. — 279.
 Leroux (Charles). — 64, 70, 130,
 148, 219, 255, 333, 452, 508, 594.
 Liouville. — 24.
 Letouzey. — 472.
 Letulle. — 472, 484, 496, 524, 538.
 Levrat. — 194.
 Lobredo. — 543.
 Longuet. — 22, 139, 178.
 Lordereau. — 539.
 Luc. — 212.

Soc. ANAT.

M

Malassez. — 159, 176, 565.
 Marchand. — 543.
 Marchant. — 456, 597.
 Marignac (de). — 57, 428, 519.
 Marot. — 356.
 Martin (Hip). — 43, 252, 441, 615.
 Maygrier. — 236, 321, 351, 372, 550,
 602.
 Mayor. — 186, 239, 361.
 Moindrot. — 534.
 Monod (E.). — 88, 251.
 Mossé. — 619, 639.
 Moutard-Martin. — 471.

N

Nitot. — 446.

O

Oulmont (P.). — 181, 267, 268, 270,
 327.
 Ozenne. — 206, 319.

P

Pauffard. — 314, 315, 472.
 Parrot. — 190.
 Pécharde. — 631.
 Petit (A.). — 581.
 Petit (Ch.-Henri). — 597.
 Petit (L.-Henri). — 59.
 Petitfils. — 594.
 Pinard. — 459, 472, 539.
 Pitres. — 102, 401.
 Poisson. — 356.
 Porak. — 117.
 Pozzi. — 128.

Q

Quenu. — 234, 336, 338, 414, 417.

R

Reclus. — 101.
 Régeard. — 473.
 Regnard. — 39.
 Rémy (Alb.). — 574, 631.

Rémy (Ch.). — 275, 354, 420, 619.
 Reynier. — 504.
 Ribémont. — 186.
 Richelot. — 22.
 Richer. — 124, 302, 488.
 Rondot. — 358, 623.

S

Sabourin. — 45.
 Saint-Ange. — 184.
 Sarazin. — 581.
 Schwartz. — 94, 472.
 Sinéty (de). — 439.
 Siredey. — 342.
 Surre. — 406.

T

Talamon. — 407, 570.
 Tapret. — 186, 573.
 Teissier. — 631.
 Terrillon. — 332.
 Torrès. — 90, 310, 311.
 Trélat. — 202, 203, 205.
 Troisier. — 539.

U

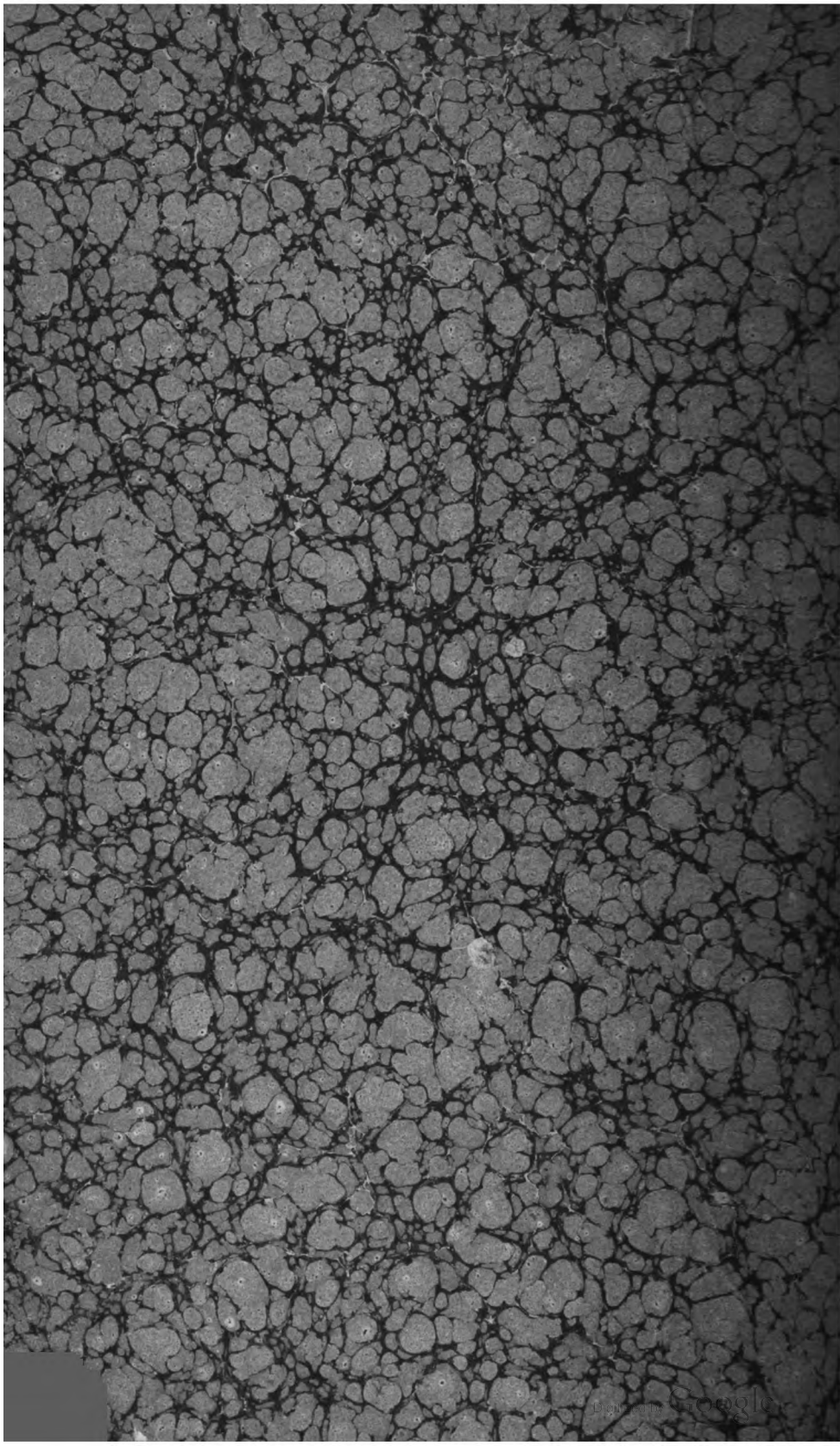
Ulliac. — 605.

V

Verneuil. — 202, 203, 204, 224, 225.
 Virenque. — 240, 242.

c⁶

h u r o



UNIVERSITY OF MICHIGAN



3 9015 07025 4787

SEND NAME ADDRESS AND PHONE NUMBER

